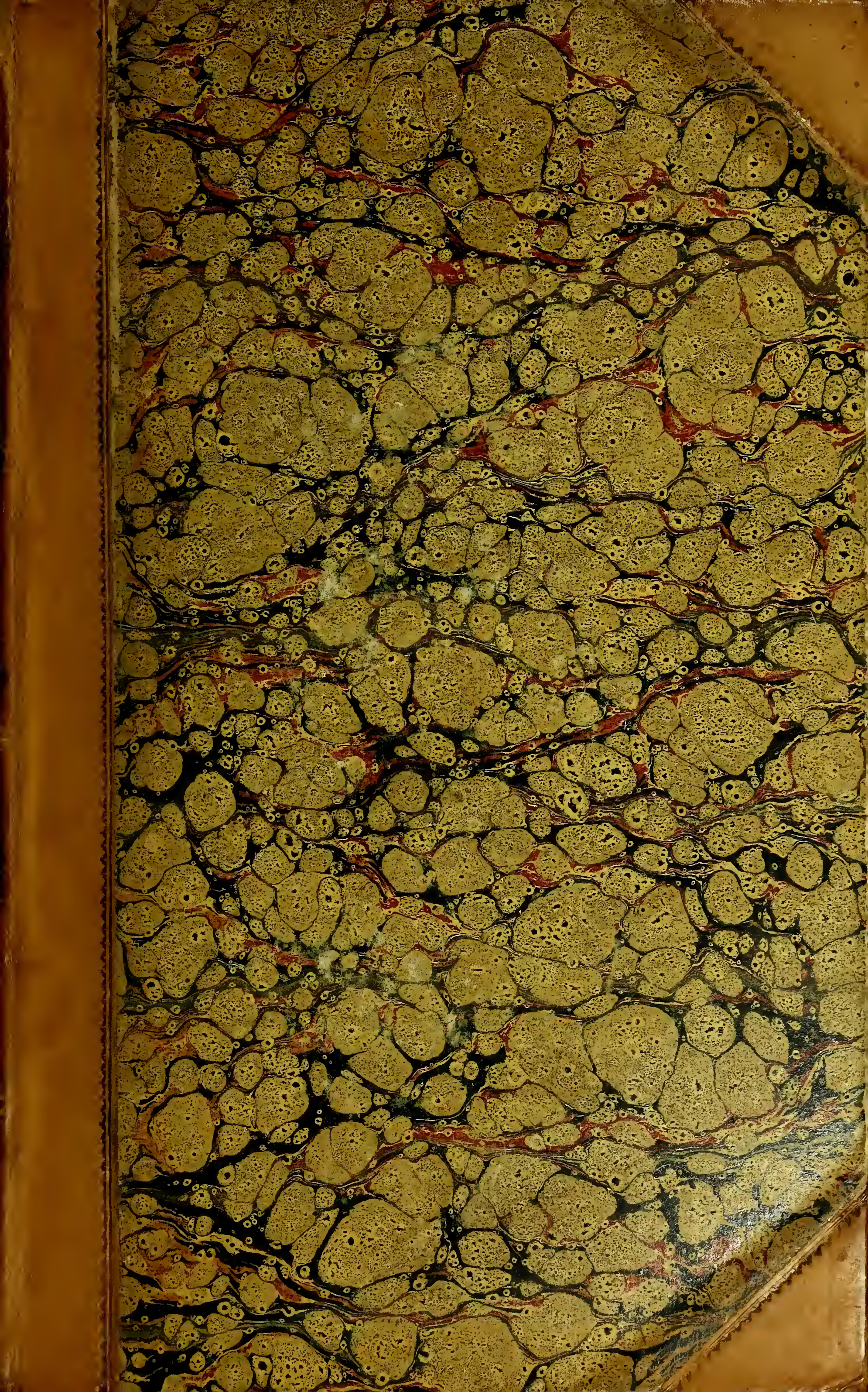


# TRAITÉ

# DE DIAGNOSTIC

ET DE

# SÉMÉIOLOGIE,

PAR

**P. A. PIORRY,**

Docteur en médecine, Médecin de l'hôpital de la Pitié, Agrégé à la Faculté de médecine de Paris, Professeur de clinique interne, Membre de l'Académie royale de médecine, de la société de Médecine de Paris, des sociétés Médicales de Tours, de Boulogne; de l'Académie royale de Médecine de Madrid; de la société médicale de Suède, etc.

---

Avant de songer au traitement d'une maladie, il faut d'abord déterminer en quoi elle consiste.

---

Tome Second.

**PARIS.**

**POURCHET, LIBRAIRE-ÉDITEUR,**

rue des Grès-Sorbonne, 8.

J. B. BAILLIÈRE, LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,

rue de l'École-de-Médecine, 13 *bis*.

LONDRES,
J. B. BAILLIÈRE, 219, Regent street.

MONTPELLIER,
CASTEL et SEVALLE, Libraires.

STRASBOURG,
DÈRIVAUX et LEVRAULT, Libraires.

BRUXELLES,
TIRCHER et PÉRICHON, Libraires.

1837.

# TRAITÉ
# DE DIAGNOSTIC
ET DE
# SÉMÉIOLOGIE.

## CHAPITRE TROISIÈME.

### EXPLORATION DES ORGANES CHARGÉS DE LA DIGESTION.

### § 1er. *Exploration de la cavité buccale.*

1424. L'INSPECTION de la cavité buccale comprend un grand nombre d'objets, et se rapporte à des parties dont les lésions appartiennent soit aux maladies dites chirurgicales, soit aux affections essentiellement médicales.

1425. En examinant les lèvres il faut tenir compte 1° de leur coloration (668); 2° de leur épaisseur, quelquefois considérable alors que la circulation languit (tempérament dit lymphatique), ou lors qu'une gêne quelconque a long-temps existé dans la respiration (cardiopathies); 3° de leur amincissement qui a quelquefois lieu dans le marasme; 4° de l'ouverture habituelle de la bouche, surtout pendant le sommeil, circonstance très ordinaire lorsque les fosses nasales, sont bouchées, ou que la respiration s'opère avec peine.

1426. Il faut noter encore : 5° l'état d'élévation des deux commissures d'où résulte, pour la physionomie, l'expression du rire (certains délire); 6° l'élévation continue ou intermittente de l'un des angles des lèvres ; ce phénomène peut être le produit d'états organiques très divers (*V.* l'exploration des organes de l'innervation); 7° un mouvement assez compliqué des lèvres par lequel elles sont portées en avant, et qui imite assez bien la physionomie d'un homme qui fume, c'est aussi ce qu'en clinique on appelle *fumer sa pipe* (encéphalopathies variées); 8° les lèvres sont resserrées dans la face grippée, pendantes et flasques sur les mourans, etc.

1427. N'oubliez pas non plus : 9° l'abaissement de la lèvre inférieure qui se remarque dans la salivation et dans certaines amygdalites; 10° les apparences que peut présenter la face interne des lèvres, dont les cryptes sont fréquemment épaissis, enflammés, ulcérés, surtout lorsque la membrane muqueuse est elle-même affectée (1); 11° cette éruption vésiculeuse (herpes labialis) si fréquente sur le rebord des lèvres, et qui a lieu soit à l'occasion d'un mouvement fébrile, soit lorsque la peau de l'orifice labial est irritée par un virus, ou encore lorsque la salive desséchée, altérée, putréfiée, donne lieu à des enduits qui recouvrent cette partie du tégument.

1428. Il faut encore noter les ulcérations si variées qui peuvent avoir lieu sur les lèvres : tantôt il s'agit de fissures profondes et douloureuses qui existent au niveau même de la commissure : celles-ci nè sont

---

(1) Cette circonstance doit être soigneusement notée, car elle prouve que, dans les maladies des membranes, les follicules ont la plus grande tendance à participer à ces affections qui, parfois, s'y développent à un plus haut degré et y persévèrent davantage. Cette réflexion est applicable à l'engorgement des glandes de Peyer, dans l'entérite typhohémique.

pas la conséquence d'un virus spécial, mais elles résultent d'une circonstance toute physique; je veux dire la disposition anguleuse de l'ouverture orale sur ce point, et la facilité avec laquelle la petite plaie se déchire, et la cicatrice naissante se rompt alors que la bouche s'entre ouvre. D'autres fois on remarque sur la face interne des lèvres des surfaces grisâtres, légèrement saillantes, peu douloureuses, et qui, arrondies, quelquefois fendillées, succèdent, dans certains cas, à des symptômes syphilitiques récens, ou à un traitement mercuriel; ailleurs encore, surtout sur les jeunes enfans, on observe des ulcérations des lèvres très superficielles, recouvertes d'une pseudo-membrane d'apparence caséeuse; d'autres fois enfin, ainsi que cela a été vu deux fois à la clinique de la Pitié, dans des cas d'entérite typhohémique, des ulcérations évidemment gangréneuses, arrondies, peu étendues, correspondent encore à la membrane muqueuse labiale, ou aux cryptes qu'elle contient.

1429. Avant tout, lorsqu'on découvre une ulcération labiale, il faut rechercher, *quel que soit son aspect*, si elle n'est pas en rapport avec la saillie d'une dent inégale qui déchirerait la lèvre. Je ne saurais dire combien de fois j'ai vu des affections de cette partie produites ou entretenues par une cause si facile à guérir, être attribuées à des maladies générales, pour lesquelles on employait les moyens les plus nombreux et les plus inutiles.

1430. L'inspection de la membrane muqueuse qui tapisse la face interne des joues, donne lieu à des considérations tout-à-fait analogues aux précédentes; il y a seulement ici quelques particularités à noter.

1431. Il ne faut pas négliger, lorsque la bouche est malade, d'observer l'orifice du conduit de Sténon,

quelquefois atteint d'ulcérations lorsque la parotide est enflammée (1).

1432. Il faut porter une attention extrême à l'inspection de la partie interne de la joue la plus reculée et qui correspond, soit en haut, soit en bas, au lieu où se trouvent les dernières grosses molaires. Là, existent fréquemment, de vingt à trente ans, mais parfois beaucoup plus tard, des ulcérations grisâtres, profondes, d'un mauvais aspect; quelquefois larges de plusieurs lignes, arrondies, coupées à pic, à base dure et engorgée, et fort douloureuses. Souvent coexiste l'engorgement des ganglions lymphatiques sous-maxillaires ou cervicaux, et on serait porté à croire qu'il s'agirait d'affections syphilitiques, ou même cancéreuses. Ce sont cependant des causes anatomiques qui produisent ces phénomènes : telle que

(1) L'engorgement de la parotide est, en effet, la conséquence fréquente de l'ulcération, et même de l'inflammation de son conduit excréteur. Dans plusieurs cas on voit sortir du pus du conduit de Sténon. C'est surtout à la suite de l'entérite typhohémique que cela s'observe; on a regardé l'engorgement des parotides comme critique; et, dans ce sens, on a beaucoup écrit sur le diagnostic et sur le pronostic de cet accident. Peut-être aurait-il mieux valu en chercher une explication anatomique. Quand on a laissé la bouche remplie d'enduits qui forment sur les dents, la langue, les lèvres, une couche épaisse, il peut et il doit arriver que le conduit de Sténon soit, ou bouché, ou au moins que l'excrétion dont il est chargé soit gênée; des ulcérations peuvent même corroder son orifice; dès-lors il y a rétention de la salive et inflammation des conduits excréteurs et de la glande. Un phénomène du même genre est observé pour le foie, le testicule, etc. Cette explication est si vraie que, dans plusieurs cas de parotidite, recueillis à la clinique, on a observé, à la suite de fièvres graves, des ulcérations ou des enduits sur l'orifice du canal de Sténon; on a fait sortir du pus par la pression et par le cathétérisme de ce conduit, et bientôt après la salive, d'abord mêlée de pus, s'étant excrétée, l'engorgement parotidien s'est dissipé. La même chose a eu lieu sur quelques sujets atteints de salivation mercurielle. L'apparition d'engorgemens parotidiens, sublinguaux ou sous-maxillaires, à la suite de graves maladies, est donc, dans quelques circonstances, un état organo-pathologique qui exige un traitement particulier, et qui ne doit pas être considéré comme l'expression d'une affection générale, ou comme un phénomène critique.

la pousse de la dernière dent irritant la gencive et la joue, l'épaississement et l'ulcération de celles-ci ; et le mal est encore aggravé par le mâchement continuel des parties malades, qui résulte du rapprochement des dents.

1433. La joue est immobile dans la paralysie de la face ; alors les alimens restent entre cette paroi et les dents : si le malade souffle, le buccinateur du côté sain se contracte seul, et la joue du côté malade reste tuméfiée par l'air. Ces circonstances dénotent, soit une paralysie des nerfs qui se distribuent au muscle buccinateur, soit une lésion du cerveau en rapport avec l'origine ou les troncs d'où émanent ces nerfs

1434. L'inspection de la cavité buccale doit être faite au grand jour, ou à l'aide d'une bougie. La tête du malade est portée le plus possible en arrière, et on prend les précautions qui seront indiquées à l'occasion de l'exploration du pharynx (1529). Il est parfois impossible de faire ouvrir la bouche; cela a lieu, soit que les muscles élévateurs de l'os maxillaire inférieur se contractent avec énergie (tétanos), soit qu'il y ait un engorgement qui rende impossible l'écartement des arcades dentaires.

1435. L'inspection des dents et des gencives est de la plus haute importance. Elle est aussi utile au médecin qu'au dentiste (1)

---

(1) On peut juger par l'examen des dents, mais d'une manière fort peu positive, de l'âge des enfans. Les livres d'anatomie donnent, sur ce sujet, de nombreux détails sur lesquels il n'est pas de notre sujet d'insister. Remarquons seulement qu'il ne faut pas croire à ces périodes fixes, assignées par les auteurs à l'évolution des dents. Il y a ici autant de différences que de sujets : tel enfant est, à trois mois, aussi avancé pour la dentition, que tel autre à un an. L'éruption des dents de quatre ans et demie et celle de sept ans se font très souvent attendre, la première jusqu'à six, la seconde jusqu'à dix ans. La sortie de la dent de sagesse n'a fréquemment lieu qu'à vingt-huit, trente, et trente-six ans, etc. Certains vieillards ne perdent

1436. Toutes les fois qu'on est appelé pour un jeune enfant, âgé de moins de neuf à dix ans, et qui éprouve des accidens aigus dont la cause n'est pas évidente, on examinera si les dents sortent des alvéoles. Cette précaution éclaire le diagnostic et satisfait les parens dont on ne détruira pas les préjugés.

1437. Lorsqu'il s'agit d'une pharyngite, d'ulcération des amygdales, ou des piliers des voiles du palais, on notera l'état de la dent dite de sagesse; bien souvent des médecins peu attentifs ont considéré comme vénériennes des solutions de continuité en rapport avec l'éruption des dernières molaires.

1438. L'examen des dents donne des notions assez positives sur la constitution d'un sujet. Des dents blanches, légèrement jaunâtres, bien rangées et saines se trouvent d'ordinaire sur des gens robustes et qui ne portent pas de maladies organiques des poumons ou du tube digestif; des dents belles, mais d'une teinte bleuâtre (blanc de lait) se font quelquefois remarquer (quoique cela soit moins constant qu'on ne l'a dit), sur des personnes dont les poumons sont malades; la carie des dents est fréquente sur les individus faibles, et qu'on regarde comme scrophuleux; etc

1439. Certains états de dents ont été considérés comme annonçant des maladies déterminées. Leur sécheresse et les enduits noirâtres, fuligineux, qui les couvrent, ont été notés dans les fièvres graves. Ces

leurs dents que fort tard, etc. En un mot, il n'y a rien de fixe sur ce sujet, et l'on ne doit pas se prononcer avec assurance sur le nombre des années d'après l'inspection des dents. En général, le retard dans l'éruption des dernières dents est un signe que l'accroissement se fait encore. Des considérations d'anatomie comparée portent aussi à croire que les sujets dont les dents poussent plus tard doivent, toutes choses égales d'ailleurs, vivre plus long-temps que ceux sur lesquels le contraire a lieu.

circonstances tiennent surtout à la manière dont le malade respire, et tout ce que nous dirons de la langue, à ce sujet, est applicable aux dents. Celles-ci, dans certaines maladies chroniques, paraissent allongées, ce qui provient de l'atrophie des gencives; et ce qui s'observe d'ailleurs, sur des individus sains, lorsque ces gencives ont été longtemps irritées par une cause quelconque. Les dents deviennent branlantes lorsque le rebord gingival reste quelque temps malade (le scorbut, la salivation mercurielle); quelquefois le malade les croit à tort vacillantes.

1440. Un grand nombre de maladies de la bouche, de la face, ou même de parties très éloignées, sont la conséquence des souffrances causées par les dents malades: des inflammations chroniques ou des fongosités des gencives, des fistules, des caries, des tumeurs carcinomateuses des os maxillaires, des abcès dans les sinus du même nom; des inflammations rebelles et chroniques de la membrane pituitaire; des tumeurs et des fistules lacrymales, des abcès et des dermites superficielles aiguës de la face (érisypèles); l'ophthalmie et ses suites les plus graves, peuvent être la conséquence de la carie, ou de la destruction de la couronne de la dent. Il serait facile d'appuyer chacune de ces assertions sur des observations nombreuses extraites des auteurs ou de mes notes, si cela ne nous conduisait à augmenter par trop le nombre de ces pages (1).

(1) De toutes les lésions où il est utile de constater l'état des dents, ce sont surtout les névralgies sur lesquelles il faut insister. La lésion des filets nerveux de la dent peut se reproduire au loin avec la même forme et être suivie successivement, dans différens nerfs, des douleurs propres à ces affections. Indépendamment du cas consigné dans la *Clinique de la Pitié*, page 267, j'en pourrais citer dix autres du même genre. Or, dans de telles circonstances, le diagnostic de l'état de la dent est d'autant plus utile que la névralgie continue tant que sa cause organique reste dans l'alvéole et que le mal cesse ordinairement après l'évulsion de la dent.

1441. Pour bien examiner les dents, il faut, non-seulement le faire directement, mais il peut être quelquefois utile de se servir d'un petit miroir échauffé préalablement, afin d'empêcher l'humidité d'en ternir la surface. Recherchez si la couronne dentaire a éprouvé, sur quelque point, une perte de substance et si elle ne présente pas une teinte gris-bleuâtre, différente de celle qu'offrent les autres dents. Fréquemment, au-dessous d'une surface dentaire ainsi colorée, se trouve une vaste cavité que la carie a produite. Observez toujours avec soin, surtout pour les grosses molaires, le lieu où les couronnes se touchent; car c'est là que souvent la carie commence.

1442. Les dents, comme agens mécaniques, causent souvent, sur les parties molles voisines, des ulcérations qui, maintes fois, ont été prises pour des accidens syphilitiques. On évitera toute erreur de ce genre en recherchant si les dents voisines de ces solutions de continuité ne présentent pas d'aspérités ou de surface inégalement brisée (1).

1443. Il faut encore faire attention aux enduits qui couvrent le collet des dents, et qui s'élevant vers la couronne, ternissent sa pureté, ou, s'introduisant entre la racine et la gencive, irritent celle-ci, l'enflamment et l'ulcèrent. Que de fois n'a-t-on pas attribué

(1) Un homme de vingt-quatre ans portait, sous la langue, depuis trente mois, une ulcération qui avait résisté à une foule de moyens, et qui le gênait pour parler ou pour exécuter la déglutition. Les dents étaient intactes et nullement propres à déchirer la langue. Il arriva qu'un jour, en portant par hasard le doigt à la partie interne de l'os maxillaire inférieur au niveau de la canine droite, ce malade sentit une éminence pointue qui touchait à la déchirure de la langue. C'était une dent surnuméraire. On en fit l'extraction et le malade fut guéri en peu de jours. Récemment, à la clinique de l'Hôtel-Dieu, des élèves, en assez grand nombre, considéraient comme vénériennes des ulcérations nombreuses entretenues ainsi chez un malade par des dents inégales et irrégulièrement cassées.

au scorbut des gonflemens et des hémorrhagies des gencives, produits par les inégalités du tartre et par le déchirement des tissus qui en résultaient! Il est d'autant plus utile de reconnaître des faits si simples et de si peu de valeur en apparence, que le traitement tout entier repose sur eux. Ne considérez pas comme des scrophules, et ne donnez pas inutilement de l'iode lorsqu'il s'agit d'un ganglion lymphatique engorgé, que vous pourriez guérir en faisant enlever le tartre des dents qui ulcère une gencive, ou en procédant à l'extraction d'une dent cariée.

1444. La teinte et le gonflement des gencives méritent encore un sérieux examen. Ces parties présentent en général une coloration correspondante à celle des capillaires (668). On les voit tuméfiées et ordinairement saignantes quand la circulation languit et que le cœur droit agit faiblement.

1445. Dans l'examen des gencives il faut surtout noter les petites ulcérations ou les abcès qui, résultant de la carie des dents, se manifestent fréquemment vers le point où la membrane gengivale se continue avec celle des joues et y déterminent un engorgement plus ou moins considérable. Celui-ci est souvent la source de ce que l'on désigne vulgairement sous le nom de fluxion.

1446. L'inspection de la voûte palatine y fait souvent découvrir des enduits qui la recouvrent, un gonflement inflammatoire des plis qu'elle présente, des pustules varioliques qui s'y forment, ou des ulcérations vénériennes à bords relevés et rouges, à surface grisâtre, s'étendant à l'os, le perforant, et établissant ainsi une communication anormale entre les cavités orale et pituitaire; d'autres fois encore des ulcérations cancéreuses existent sur ce même point, etc.

1447. L'inspection du voile du palais et de la luette doit porter à étudier leur rougeur ou leur pâleur, les ulcérations, les pustules qui s'y trouvent, et beaucoup d'autres altérations qui peuvent être communes aux membranes de la bouche et du pharynx. Mais ici deux choses spéciales doivent être notées : d'une part le peu de mobilité du voile du palais ( circonstance qui se remarque sur certains apoplectiques, ou lorsque la vie s'éteint) ; et de l'autre la procidence de la luette qui, dans certains cas, suivant M. Lisfranc, peut être très longue, s'étendre par en bas, irriter l'orifice guttural du larynx, et déterminer une petite toux incommode qu'on doit se garder de prendre pour le symptôme d'une affection du poumon lui-même. Il faut encore noter ici la division congénitale ou accidentelle du voile du palais qui peut exister, et il est d'autant plus important de le faire, que M. Roux est parvenu à guérir une semblable infirmité.

1448. Mais de toutes les parties de la bouche , celle dont l'inspection mérite le plus d'attention est sans contredit la langue. Aux yeux des médecins, les signes diagnostiques, fournis par cet organe, ont une extrême importance, éclairent sur une foule d'états de l'organisme, et sont en partie, pour le tube digestif, ce qu'est le pouls pour la circulation. La langue est, dit-on, le miroir fidèle de l'état de la membrane muqueuse gastro-intestinale, et ses enduits conduisent à des indications thérapeutiques. On donne l'émétique, le quinquina, parce que ces enduits présentent tel ou tel aspect. D'autres médecins dont les talens et les services sont, à mes yeux, d'un bien grand prix, croient pouvoir juger, par la rougeur générale ou partielle de la langue, de l'état du tube digestif ou de l'intestin. Confiant en des autorités si imposantes, j'ai

longtemps partagé ces opinions; mais des faits innombrables m'ont prouvé depuis qu'elles étaient loin, dans la très grande majorité des cas, d'être fondées. J'ai publié un mémoire sur la langue, auquel je renvoie et que, vu son étendue, je ne puis reproduire ici. (1) J'établirai seulement, dans cet ouvrage, sous forme de proposition, les résultats principaux de ce travail, et je mentionnerai ensuite des faits ultérieurement recueillis à la clinique sur le même sujet.

1449. Pour bien examiner la langue, on fait ouvrir largement la bouche; on examine l'organe, d'abord dans sa position habituelle, et lorsqu'il est logé dans l'espace que circonscrit l'arcade dentaire inférieure : c'est là, en effet, le seul moyen d'éviter complètement certaine nuance de rougeur qu'il présente par suite de la contraction de ses muscles. On fait tirer la langue au dehors de la bouche, et l'on explore, soit la surface linguale, pour juger de sa sécheresse, de son humidité, de ses enduits ou de leur couleur; soit les bords ou la pointe, pour apprécier la coloration; soit leur direction, pour juger si la langue se dévie à droite ou à gauche; soit les mouvemens, pour apprécier leur facilité, leur promptitude, ou leur hésitation, etc. Il est même utile d'enlever les enduits pour juger de la coloration réelle des papilles linguales.

1450. Notons, avant toute chose, que l'état habituel de la langue de certains hommes est tel qu'on pourrait croire, en l'examinant, qu'il s'agit de symptômes de maladie. On la voit en effet couverte d'enduits jaunâtres ou colorés en noir, surtout si on a pris des substances foncées en couleur. M. Rostan a insisté avec raison sur ce fait.

1451. La coloration de la langue correspond en général à celle des autres points de la membrane

(1) Du procédé opératoire, n. 715.

muqueuse buccale; et comme celle-ci a des teintes nuancées, en raison de l'état de la circulation et de la respiration, on retrouve le même effet pour la langue. Aussi, cet organe est-il rouge dans l'hyperhémie générale, plus rouge encore dans les toxicohermo dermites (fièvres éruptives); pâle dans l'anhémie; violette dans l'anhématosie, etc. La coloration rouge de la langue ne peut être considérée comme l'expression de l'état de l'estomac. Il est sans doute croyable que souvent la rougeur de la langue coïncide avec une gastrohémie; mais ce n'est pas là un phénomène sympathique, mais bien une simultanéité dans la rougeur de ces deux parties à l'occasion d'une poly-hyperhémie (pléthore sanguine générale). Sur cent malades atteints d'entérite typhohémique, la rougeur de la langue n'a rien eu de constant, bien que les symptômes gastro-intestinaux persistâssent. Par contre, les changemens produits dans les quantités de sang par les saignées générales abondantes étaient suivies de pâleur de la langue. Sur ces malades la rougeur de la pointe linguale s'observait rarement et était tellement un *phénomène d'expression* produit par la contraction musculaire, qu'elle avait exclusivement lieu lorsque la langue était saillante hors la bouche. Dans soixante observations relatives à des lésions organiques de l'estomac ou des intestins, la langue n'était pas rouge. Sur cent hémo-pneumonites ou hyperhémies générales non compliquées de *symptômes gastriques*, la rougeur de la langue était vive et la pâleur y succédait après les saignées. Dans la chlorose, quoique l'estomac fût très douloureux, la langue était décolorée. Il en était ainsi dans beaucoup de cas d'anhémie générale, suites du cancer, etc. Ainsi, la clinique a pleinement consacré que, sous le rapport de la rougeur, la langue représente l'état de

la circulation et de l'hématose plutôt que celui du tube digestif.

1452. D'après ces considérations, il est difficile d'admettre comme positives les assertions suivantes, qui sont généralement en faveur : une langue nette et très rouge annonce une inflammation très violente. Si elle devient rouge, sèche, luisante vers la fin des maladies aiguës et dans les maladies chroniques, on doit craindre une inflammation nouvelle. La consistance ligneuse de la langue accompagne une irritation fortement prononcée, etc.

1453. L'état habituel de la langue est d'être humectée de salive. Dans les maladies il est fréquent que la surface de cet organe soit sèche, ce qu'on a considéré comme un signe d'affection inflammatoire, et notamment de gastro-entérite. Cette sécheresse est le résultat de l'évaporation de la salive, due au passage de l'air sur la face supérieure de la langue. Il ne faut pas l'attribuer à un défaut de sécrétion salivaire, ou à un excès d'absorption. Voici quelques faits à l'appui de ces propositions : 1° dans un nombre très considérable de cas où la langue était sèche, il y avait oblitération des narines et passage forcé de l'air par la cavité orale ; 2° dans d'autres existait une affection plus ou moins aiguë des organes respiratoires qui rendait le besoin de respirer plus fréquent, augmentait le besoin d'air, et portait le malade à respirer par la bouche ; 3° d'autres fois encore une maladie du tube digestif gênait l'abaissement du diaphragme, activait la respiration et forçait ainsi à ouvrir largement la cavité orale, à l'effet de recevoir plus d'air dans un temps donné ; 4° sur plusieurs de ces derniers malades le foie était hypertrophié et gênait la respiration abdominale ; 5° sur d'autres c'était le météorisme qui déterminait le même effet ;

6° souvent il y avait une pneumohémie coïncidante qui augmentait encore la gêne de la respiration, et, par conséquent, l'activait et portait le malade à ouvrir automatiquement la bouche. D'un autre côté, dans une foule de cas où les vomissemens, la diarrhée ne permettaient pas de méconnaître une gastro-entéro-pathie, et lorsque la respiration était peu altérée, la langue n'était pas sèche.

1454. Ajoutez à ceci : 1° que dans quatre cas où les dents canines et incisives supérieures manquaient d'un côté, sur des malades atteints d'entérite grave, la langue était sèche exclusivement d'un côté, et cela dans la direction du passage de l'air, à partir de l'ouverture buccale jusqu'au pharynx ; l'autre côté était couvert d'enduits humides ; 2° que sur une femme une seule dent incisive manquait, et que ce fut seulement derrière le lieu qui livrait passage à l'air, et que cette dent aurait dû occuper, que se trouvait une sorte de sillon desséché ; 3° que sur des malades dont la langue avait été constamment humide, bien qu'il fussent atteints d'entérite grave, il arriva plus tard que des mucosités desséchées bouchèrent l'orifice antérieur des fosses nasales, ou que des amygdales tuméfiées produisirent en partie le même effet. Or, dès le lendemain la langue était sèche. Qui ne sait d'ailleurs que la langue est sèche quand, par une cause quelconque, on a dormi pendant quelques heures la bouche étant ouverte ? Ainsi la sécheresse de la langue n'indique rien autre chose, si ce n'est que l'air a passé largement ou fréquemment par la bouche. Reste à déterminer, au lit du malade, quelle est la cause anatomique de ce fait.

1455. Encore une fois, les enduits de la langue sont actuellement, pour la presque totalité des médecins, la source des indications les plus positives en

thérapeutique. Lorsque ces enduits sont grisâtres, épais, d'une mauvaise odeur, on pense aux saburres gastriques ou à l'embarras muqueux; lorsqu'ils offrent une teinte jaune, c'est l'état bilieux qu'on se représente; lorsqu'ils sont noirs, on songe à l'adynamie; s'il y a peu ou point d'enduit, et si des symptômes cérébraux, accompagnés de fièvre, coexistent, plus d'un praticien songe à l'ataxie. Or, dans le premier cas, on donne souvent l'ipécacuanha; dans le second, l'émétique; dans le troisième, le quinquina; tandis que dans le quatrième, la place du musc, du camphre et du castoréum se trouve marquée. C'est ainsi que, faute de s'occuper de la physiologie des symptômes, on fait une médecine empyrique, dénuée de tout positivisme.

1456. La source des enduits de la langue est la salive qui se dessèche; le mucus buccal y entre pour fort peu de chose. Si l'on recueille de la salive d'un homme en parfaite santé, et si l'on fait dessécher à une température de 32 degrés, on obtient toutes les apparences possibles des enduits, depuis celui blanchâtre et pultacé de la fièvre, dite muqueuse, jusqu'aux enduits plus jaunes de la fièvre bilieuse, ou à ceux presque noirs des fièvres dites putrides; il suffit, pour que ces diverses apparences se présentent, de quelques circonstances un peu différentes, d'un dessèchement plus prompt ou plus lent, ou d'un séjour plus ou moins prolongé à l'air, etc.

1457. Si l'on prend du tartre des dents alors qu'il est de consistance molle, et qu'il n'est pas complètement desséché, puis, si on le compare aux enduits linguaux, on voit qu'il leur ressemble parfaitement. Desséché, il devient noirâtre comme eux; il a une fétidité fort analogue à la leur, et qui rappelle celle d'une dent cariée. L'odeur désagréable des enduits

de la langue, qu'on désigne sous le nom de gastrique, n'indique pas l'emploi des purgatifs, car elle est dûe seulement à la putréfaction de la salive. Dans une foule de cas où il n'y avait aucun symptôme gastro-intestinal, la langue était couverte d'enduits épais très fétides, et qui offraient les couleurs précédentes. Si la bouche était restée peu de temps ouverte, ou si l'absorption seule s'était emparée d'une partie seulement de la sérosité de la salive, l'enduit était grisâtre. Celui-ci se colorait au point de passer au noir, pour peu que la bouche restât béante plusieurs jours de suite, et que le desséchement devint complet; la même chose avait lieu pour les enduits des dents et des lèvres, et si l'on prenait de ces enduits et si on les étendait d'eau, ils devenaient moins noirs, et reprenaient l'aspect blanchâtre ou jaunâtre qui, d'abord, avait été observé, etc.

1458. Mais bien plus, dans les cas cités plus haut (1454), où des dents manquaient, les enduits étaient noirs sur le passage de l'air et grisâtres ou jaunâtres ailleurs; on a vu de ces enduits épais et noirs dans de simples varioles avec oblitération du nez, quand du reste aucun symptôme grave n'existait, et il n'y en a pas eu dans un très grand nombre d'entérites typhohémiques des plus graves, même jusqu'au moment de la mort.

1459. Il est arrivé qu'au plus fort d'une affection typhohémique, et lorsque les enduits étaient noirs, on avait enlevé ceux-ci avec la crême de tartre; au-dessous la langue était saine; le mucus ne contenait pas de sang, et la salive était claire. D'autres fois, à force de sécheresse et par suite de la *cassure* des enduits, la langue saignait, ce qui colorait en rouge brunâtre la couche qui la recouvrait. La fissure de la croûte avait entraîné celle de l'organe, et si l'on enlevait les

enduits, on voyait qu'au-dessous la langue était intéressée. Lorsque l'air se dirigeait vers le voile du palais, en passant par la bouche, c'était là que les enduits noirâtres se formaient, etc.

1460. Mais, dit-on, les enduits de la langue ont des couleurs diverses, en rapport avec l'état général des humeurs, et en particulier avec celui de la salive; ils sont jaunes si elle contient de la bile, noirs si c'est du sang qu'elle tient en dissolution, putrides si ce sang est lui-même putride, etc. Ces objections exigent encore quelques réflexions qui leur servent de réplique.

1461. La salive recueillie sur des malades qui portaient des enduits de couleur variée, était aussi claire que dans l'état normal; elle n'offrait aucune teinte safranée, bien que l'urine et les conjonctives fussent fortement teintes en jaune. Il est vrai que les enduits desséchés, représentant une grande quantité de la matière dissoute dans la salive, peuvent bien offrir une coloration marquée, tandis que ce liquide n'en présenterait pas; mais ce caractère aurait bien peu de prix, puisque sur des hommes très sains, les enduits de la langue sont quelquefois remarquablement jaunes. D'ailleurs, la teinte de la peau, des conjonctives, et de l'urine surtout, fournirait, comme diagnostic, un bien meilleur caractère. Ajoutez que cette teinte jaune des liquides n'annonce pas qu'il y ait de la bile dans l'estomac ou les intestins; mais bien quelque gêne à l'excrétion biliaire. En ce sens, elle n'exigerait des purgatifs et des émétiques que dans des circonstances déterminées d'une manière bien autrement positive que celles de la présence d'enduits sur la langue. Quant à la teinte noire, à la fétidité, à l'aspect sanguinolent de ces enduits, nous avons établi précédemment qu'ils étaient dus à des circonstances

physiques qui n'avaient aucun rapport avec des altérations du sang, ou avec une cause humorale quelconque (1457, 1458, 1459).

1462. Il résulte de cette discussion que les enduits de la langue n'indiquent pas en général l'état de l'estomac, ou celui du sang, et qu'il faut remplacer les idées généralement reçues à ce sujet par des notions plus en rapport avec la valeur réelle de ce signe. Aussi, loin de dire : un enduit blanchâtre épais indique un état muqueux de l'estomac, — un enduit blanc-jaunâtre annonce un état bilieux, — un enduit noirâtre et fétide correspond à un état putride des humeurs, etc.; il faut croire : qu'un enduit blanchâtre ou jaunâtre de la langue prouve que la salive a longtemps séjourné sur la surface linguale, et que là, dépouillée par l'absorption et par l'évaporation de sa partie la plus liquide, elle a donné lieu aux enduits dont il s'agit; — que le plus souvent cet enduit est dû à ce que le malade a respiré par la bouche; — que lorsque cet enduit est noir après avoir été jaunâtre (comme cela arrive fréquemment), c'est que la dessication en a été portée plus loin, et que l'ouverture de la bouche a duré plus longtemps; — que la fétidité des enduits tient à leur putréfaction par suite du contact prolongé de l'air, et qu'il est par conséquent utile de les enlever dès qu'ils se forment, parce que leur putréfaction pourrait avoir de graves inconvéniens; — que la privation prolongée d'alimens étant cause que les enduits de la langue ne sont pas enlevés, il s'ensuit que la diète favorise beaucoup leur accumulation et leur épaississement; — que les alimens solides nétoyant les enduits de la langue, il en résulte que c'est souvent un meilleur moyen pour les faire disparaître, de faire mâcher longtemps un peu de pain bien sec à un malade, que de lui ad-

ministrer des émétiques et des purgatifs; — que si les vomitifs nettoient quelquefois la surface linguale, c'est plutôt en déterminant des mouvemens de la langue et du pharynx, que par suite d'une action sympathique de l'estomac sur la langue; — que les états dits saburral, et putride de la langue, doivent porter le médecin, non pas à dire que ces états correspondent à telle maladie, mais bien à chercher quelle est la cause organique qui a pu faire que ces enduits se soient formés.

1463. Quelquefois la langue présente sur sa surface des stries rouges, tandis que, tout à côté et sur les bords, se retrouve une couche saburrale épaisse. Alors la membrane presque dénudée est très sensible, et semblerait quelquefois ulcérée. Ce phénomène a souvent lieu alors que, dans certains mouvemens de la langue, les dents ont enlevé partiellement les enduits qui la couvraient; il ne dépend en rien d'une affection de la peau ou des membranes muqueuses. Un malade était atteint d'une entérite; deux dents incisives supérieures faisaient une saillie remarquable; dans un mouvement de la langue, d'avant en arrière elles avaient essuyé, ou plutôt ratissé sa face supérieure ; le point dénudé avait précisément la largeur des deux dents saillantes.

1464. Quelquefois les enduits de la langue peuvent être colorés par du vin, du tabac, des pruneaux. Ces teintes sont en général fort différentes de celles des enduits morbides; avec un peu d'attention et de pratique il est facile de les en distinguer. Le plus ordinairement ces couleurs étrangères existent d'une manière assez uniforme sur des enduits humides, et la surface colorée occupe surtout la partie postérieure et supérieure de la base de l'organe.

1465. Lorsque la langue s'humecte sur les bords

et la pointe et que les croûtes se détachent, ce sont, dit-on, des signes favorables; cela est vrai dans beaucoup de cas. Voici la raison anatomique de ce fait : c'est qu'alors la respiration est assez ralentie pour que le dessèchement de la salive soit moins complet; ou que la maladie cesse d'être assez grave pour que le malade respire autant par la bouche.

1466. La langue varie sur l'homme sain sous le rapport du volume, et présente par fois un développement tellement disproportionné qu'elle gêne la prononciation. Lorsque la langue est très grosse, elle est exposée à être déchirée par les dents, et, de là, des ulcérations du même genre que celles dont il a été déjà parlé (1429), et qui sont entretenues par la saillie ou par les inégalités des arcades dentaires. A la Salpêtrière, la langue d'une vieille femme en parfaite santé avait le volume de celle d'un veau d'assez forte taille; le reste de la face présentait d'ailleurs une dimension extraordinaire et une forme très bizarre.

1467. On voit, dans l'état pathologique, la langue acquérir quelquefois un grand volume. C'est ce qui arrive dans la glossite, dans la stomatite mercurielle portée très-loin, dans la variole, etc. On l'a vue tuméfiée d'un seul côté; elle est large dans beaucoup de maladies chroniques; contractée et conique dans plusieurs affections aiguës, thoraciques, abdominales ou encéphaliques. Cette rétraction tient à la contraction des muscles linguaux. Alors le sang est exprimé vers la pointe qui paraît rouge (n° 1451). Il n'y a pas diminution réelle du volume de la langue, mais mouvement spécial de cet organe. Il est très-rare que le marasme soit porté au point de diminuer le volume de la langue.

1468. Il est plusieurs lésions propres à la langue, auxquelles il faut penser lorsqu'on examine celle-ci :

1° le gonflement ou l'inflammation de ses papilles qui sont souvent très-douloureuses; 2° de petites pustules blanchâtres qui quelquefois s'excorient, et auxquelles on donne le nom d'aphtes; 3° les pustules varioliques; 4° les lésions que produit la saillie des dents et qui occupent souvent le côté de l'organe; 5° des ulcérations ou des pustules syphilitiques qui se trouvent souvent à la pointe ou sur la face supérieure; elles ont, comme les précédentes, des bords rouges, saillans, coupés à pic, et elles circonscrivent un espace arrondi, déprimé et grisâtre; 6° des indurations et des ulcères cancéreux qui ont succédé à quelques-unes des affections précédentes; leur base est dure; ils s'étendent souvent aux os environnans et donnent ordinairement lieu à de très-vives douleurs, etc.

1469. On se gardera de prendre, pour une maladie de la langue, les cryptes muqueux qui, existant vers la base de cet organe, représentent la forme d'un V, et pourraient simuler, pour l'observateur inattentif, une éruption pustuleuse.

1470. Les mouvemens de la langue offrent aussi de l'intérêt sous le rapport du diagnostic. Leur difficulté, soit pour la prononciation, soit pour la déglutition, tient souvent à la sécheresse de l'organe (1). On a noté comme un signe de mauvaise nature, dans les fièvres graves, le tremblement que la langue présente lorsque le malade fait effort pour la montrer au

(1) Une malade de l'Hôtel-Dieu, atteinte d'entérite typhohémique ne pouvait pas parler. Plusieurs éléves interrogés attribuaient ce symptôme à une souffrance cérébrale. Le nez était bouché, la bouche ouverte, la langue sèche; on humecta celle-ci avec de l'eau, et quelques enduits furent enlevés; la parole devint sur-le-champ très distincte, et on ne songea plus à rapporter à l'encéphale un symptôme dû à une disposition toute physique et toute appréciable de la langue. C'était peut-être la dixième fois que j'avais eu l'occasion d'observer des faits du même genre.

médecin. Cela prouve, en effet, que la contraction des muscles linguaux a lieu avec difficulté et que le cerveau souffre assez pour ne pas bien régulariser l'action qui préside à cette contraction musculaire. Dans des cas plus graves encore, soit que l'état d'insouciance du malade l'empêche de le faire, soit qu'il éprouve de la difficulté pour y parvenir, c'est inutilement que le médecin cherche à examiner la langue en la faisant tirer au dehors; elle est en quelque sorte immobile. Dans l'hémorrhagie cérébrale, les mouvemens de la langue sont en général très-gênés; cette influence, d'une lésion du cerveau sur la langue, doit correspondre à quelque partie spéciale de l'encéphale; car on voit certaines encéphalorrhagies (hémorrhagies cérébrales) où la langue est libre, tandis que dans d'autres elle ne l'est pas. Souvent une simple encéphalo-hémie (congestion cérébrale) détermine un semblable effet. De là, difficulté dans l'articulation des sons, dans la déglutition, etc. Dans beaucoup de cas d'encéphalorrhagie, la langue tirée hors la bouche s'incline du côté paralysé. Nous reviendrons ailleurs sur ce phénomène. Certains malades affaiblis, surtout intellectuellement, tirent la langue hors la bouche et la laissent dehors sans chercher à la rentrer. On regarde ce fait comme un mauvais signe.

1471. L'inspection de la paroi inférieure de la bouche fait souvent découvrir sur le trajet des conduits de Warthon, une tumeur allongée, molle, fluctuante, en quelque sorte transparente, et qui est due à l'accumulation de la salive dans ces conduits. Souvent, dans ces cas, on trouve quelque concrétion de salive desséchée ou de tartre qui bouche les orifices de ces canaux excréteurs. Il faut encore noter ici l'engorgement fréquent des glandes sous-maxillaires et sub-linguales; celui des ganglions lymphatiques sous-maxil-

laires qui font saillie sur la paroi inférieure de la bouche ; les éruptions variées qui peuvent avoir lieu sur ces points, et les ulcérations de diverse nature qui parfois y existent.

1472. La palpation de la bouche permet d'ajouter quelques faits aux précédens. — 1° Elle sert à faire reconnaître à l'aide du doigt porté entre les joues et les dents, les maladies de la paroi externe de la bouche ; elle est surtout utile lorsque les mâchoires, par une cause quelconque, s'écartent avec peine ; — 2° elle fait juger de l'état des lèvres et distinguer le développement anormal survenu dans les cryptes muqueux de leur surface interne ;—3° pratiquée sur les dents, et surtout combinée avec la pression, la palpation permet de reconnaître : d'une part, l'état de fixité ou de vacillation des dents ; de l'autre, les aspérités qui entretiennent des ulcérations de la membrane muqueuse buccale. Si l'on appuie avec force le doigt sur la dent, il conserve l'empreinte de la saillie dentaire, et en fait mieux saisir la forme ;—4° employée médiatement, c'est-à-dire avec un stylet délié, elle sert à distinguer la carie des dents et le siége réel d'une douleur dentaire. Le contact d'un corps étranger est plus douloureux en effet sur la partie malade que sur les autres. C'est souvent sur le point où les faces latérales des dents se touchent, qu'il faut rechercher avec un stylet l'orifice de cavités cariées. En général, ce stylet doit être très-délié ;—5° la pression et la palpation des gencives font quelquefois voir en elles la source du sang rendu par les crachats ; car, dans certains cas, il suffit de toucher légèrement ces parties pour les faire saigner ;—6° la palpation fait découvrir les tumeurs ou les ulcérations du palais, et de la région de la surface buccale, située au-devant des amygdales. Cette dernière circonstance est im-

portante dans l'amygdalite; car souvent à la suite de celle-c se forment des abcès dans le tissu cellulaire d'alentour; il est alors indispensable de s'assurer par la palpation si du pus se concentre en foyer, et avec de l'habitude on finit souvent par le reconnaître à une tension élastique qui existe sur la partie postérieure, et un peu latérale de la paroi buccale. Remarquons toutefois que, dans beaucoup de cas, le doigt ne peut découvrir la présence du pus, qui n'en existe pas moins. Mais alors il est profondément placé, et l'abcès s'ouvre spontanément derrière l'amygdale et dans le pharynx, ce qui est bien moins souvent suivi d'accidens qu'on ne l'a dit. Il est d'autant plus utile de reconnaître la présence du pus, que ce serait inutilement, dans l'amygdalite, qu'on aurait recours à la médication antiphlogistique si vraiment un abcès existait, tandis que dans le cas contraire, il est avantageux d'y insister; — 7° la palpation fait encore juger du degré de sécheresse, d'âpreté, d'aridité, d'humidité de la surface linguale. Elle sert aussi à faire reconnaître si la langue est sensible. En palpant cet organe et en le pressant entre les doigts, on sent les tumeurs qui peuvent exister dans son tissu, etc.

1473. La percussion de la cavité buccale n'est applicable qu'aux dents. Elle se fait en général avec un stylet boutonné qui les frappe. Elle peut apprendre deux choses : 1° que la dent qu'on percute est plus sensible que les autres; 2° que cette dent contient une cavité anormale, et qu'elle est cariée dans sa profondeur, bien qu'en apparence elle soit saine. Il faut beaucoup d'habitude pour obtenir un tel résultat, et quoique je me sois beaucoup occupé de percussion, j'avoue que je m'en rapporterais beaucoup plus à un dentiste expérimenté qu'à moi-même, pour déterminer un tel fait.

1474. L'AUSCULTATION de la parole sera étudiée ailleurs et les sons qui, produits dans la bouche, peuvent éclairer la diagnostic, sont peu nombreux. Cependant, 1° le râle a lieu quelquefois, dans les derniers temps de la vie, vers une partie de l'arrière gorge, très voisine de la bouche; 2° l'écume qui salit les lèvres, dans l'épilepsie, fait entendre un bruit spécial; 3° le grincement et le craquement des dents sont des phénomènes qu'on observe souvent pendant le sommeil de certaines personnes assez bien portantes; mais en général assez impressionables. On les retrouve dans les affections cérébrales de l'enfance et plus rarement de l'adulte. Ces bruits sont produits directement par le frottement des arcades alvéolaires les unes sur les autres. Ils sont les résultats de contractions spasmodiques et rapides des muscles élevateurs et diducteur de la mâchoire inférieure; aussi conçoit-on qu'ils soient souvent liés à une encéphalopathie primitive ou secondaire. Ces signes considérés isolément, ont d'ailleurs peu d'importance, puisqu'ils se retrouvent dans l'état de santé. Le claquement des dents est l'effet d'un véritable tremblement des muscles élevateurs de la mâchoire inférieure. Il se remarque au début des accès fébriles et de certaines névroses.

1475. L'EXAMEN DES LIQUIDES formés dans la bouche, est applicable, 1° au mucus dont il est à peu près inutile de s'occuper ici; 2° aux enduits humides, nous en avons déjà parlé, et 3° à la salive; ceci mérite de fixer l'attention (1).

1476. L'EXAMEN DE LA SALIVE peut être fait *dans la bouche* elle-même. C'est surtout lorsqu'on veut

---

(1) Consultez à ce sujet le remarquable travail de M. Donné : *Histoire physiologique et pathologique de la salive*, 1836.

apprécier l'acidité de ce liquide ou son alcalinité qu'il convient de chercher à déterminer ses caractères, alors qu'il est encore contenu dans la cavité buccale. M. Donné propose le procédé suivant : On coupe de petites bandes de papier bleu de tournesol, et de ce même papier rougi par un acide; les premières servent à reconnaître l'acidité de la salive, et les secondes son alcalinité. On place une de ces bandes sur la langue du malade qui la conserve quelque temps dans sa bouche. Le papier bleu est plus promptement altéré dans sa couleur que le rouge. Lorsque la salive est dans son état normal, le papier rouge passe au bleu; c'est toujours par cette première épreuve qu'il faut commencer. Puis on essaye la salive avec le papier bleu, qui conserve sa coloration si le liquide est neutre, et devient rouge s'il est acide. Cette rougeur est d'autant plus marquée que l'acidité est plus prononcée. C'est à la face interne des joues et sous la langue qu'il semblerait le plus convenable de placer des réactifs; c'est là, en effet, que la salive se dépose dans la bouche; elle n'y est pas encore altérée par l'air et par le séjour et la putréfaction des enduits linguaux, qui ne sont pas du mucus comme le pense M. Donné, mais bien de la salive desséchée. (n° 1456.) Cet expérimentateur ajoute, dans une note, que lorsque l'acidité de la salive est légère et peu prononcée, il faut ne pas négliger de faire la contre-épreuve avec du papier rouge et *qu'il ne faut pas tenir compte d'un léger* degré d'acidité *qui se prononce* quelquefois *momentanément* sur certains individus et *disparaît promptement*. Suivant M. Donné, il faut distinguer l'action de la salive qui humecte les lèvres, de celle de la salive contenue dans l'intérieur de la bouche, *attendu que les lèvres sont toujours acides par elles-mêmes* (pag. 81, loc. cit.,

v. la note). Si la langue est sèche et recouverte d'une croûte noire, il faut mouiller avec un peu d'eau la bande de papier avant de la mettre sur la langue.

1477. Voici le résumé des faits publiés par M. Donné : dans quatre observations où la salive avait été à plusieurs reprises fortement acide, on trouva *plus ou moins long-temps après*, lors de la nécroscopie, des arborisations rouges, des plaques, du pointillé rouge ou un ramollissement de la membrane muqueuse gastrique. Dans une phlébite, la salive devint acide, et la membrane interne de l'estomac était amincie, ramollie, et ses vaisseaux colorés en noir. Dans un grand nombre de cas où la salive avait été alcaline, l'estomac n'offrait pas de traces de phlogose. Quelques autres observations moins concluantes font voir, dans le mémoire cité, une coïncidence fréquente entre les symptômes dits gastriques et l'acidité de la salive. Sous l'influence d'un traitement anti-phlogistique, le liquide revenait à l'alcalinité normale. Dans une autre observation que l'auteur paraît croire se rapporter à l'embarras gastrique, parce que le mal céda promptement à des purgatifs ; la salive resta alcaline ; mais il est à remarquer que beaucoup de médecins auraient considéré ce fait comme un cas de gastrite. Dans une autre observation d'empoisonnement par l'eau de javelle, la salive rougit d'abord le papier de tournesol, et reprit son alcalinité lorsque les symptômes inflammatoires se dissipèrent; enfin, dix fois, sur des malades qui portaient des affections variées, la salive devint acide tout aussitôt que se manisfestèrent des symptômes gastriques.

« La conclusion de M. Donné est celle-ci : l'acidité de la salive coïncide le plus souvent avec un état d'irritation ou d'inflammation de l'estomac, pri-

mitive ou secondaire, et peut servir à établir le diagnostic différentiel de quelques affections gastriques. »

1478. Cette conclusion, bien que les faits sur lesquels elle était appuyée fussent susceptibles d'être controversés, me paraissait assez importante pour exiger des recherches sur ce sujet. M. Bélouino les a faites sous mes yeux et sur mon invitation, il a suivi les conseils tracés par M. Donné, et voici les résultats qu'il a obtenus :

1479. 1° Une dame qui paraissait en santé, rougit avec sa salive le papier de tournesol; elle fut prise quelques heures après de maux d'estomac et de diarrhée. Tant que ces accidens durèrent, la salive resta acide et elle ne redevint neutre que lorsqu'ils se dissipèrent; 2° dans une gastrite (diagnostic de M. Bally) la salive était très acide; 3° dans une gastro-entérite évidente, la salive présentait une acidité prononcée, tandis qu'elle fut neutre après la disparition des accidens; 4° sur plusieurs personnes à jeun et bien portantes, le papier de tournesol ne fut pas rougi, et sur trois d'entre elles le papier rougi fut ramené au bleu par la salive. 5° Dans les cas suivans la salive était neutre : 5 hyper-splénotrophie, 1 pneumopathie tuberculeuse; 1 hyper-hépatotrophie (augmentation de volume du foie) avec coïncidence d'enduits sur le langue; 1 pneumonite sans enduits; 1 entérite chronique; 6° dans beaucoup d'expériences faites sans prendre de notes, la salive était acide lorsqu'il existait des signes d'inflammation gastrique. Ces faits sont en rapport avec les observations de M. Donné; en voici d'autres qui ne sont pas dans le même cas.

1480. La salive était fortement acide : 1° sur M. Bally, sur un élève et sur une dame qui étaient très bien portans; 2° dans une hypersplénotro-

phie; 3° dans deux cas de tubercules pulmonaires; 4° dans une hydropleurie accompagnée de la formation d'enduits noirs sur la langue; 5° dans une pneumonite en voie de guérison avec coïncidence d'enduits jaunâtres épais. Quand on mettait le papier dans la bouche il était rougi, *quand au contraire le malade crachait la salive qu'on laissait tomber sur le papier sans détacher les enduits, le même phénomène n'avait plus lieu;* 6° dans une autre pneumonite, le papier n'était pas rougi, il le fut tout aussitôt que des enduits épais et jaunâtres se formèrent; mais sur ce cas comme dans le précédent, c'était seulement dans la bouche *et non quand le malade crachait sur le papier* que celui-ci était rougi. A la nécroscopie, il y avait dans l'estomac des rougeurs, des arborisations et des taches rouges pointillées; 7° la salive était neutre dans un cas de gastrite reconnu pour tel par M. Andral; 8° dans beaucoup d'expériences qui ne furent pas notées, la salive était acide sur des personnes en parfaite santé.

1481. Il semble résulter de ces faits : 1° que dans les cas où existent des symptômes gastriques, la salive examinée dans la bouche est ordinairement acide; 2° que le même caractère chimique de ce liquide est parfois observé sur des personnes bien portantes ou qui sont atteintes de maladies autres que celles de l'estomac; 3° que l'acidité de la salive n'est pas un signe positif de gastrite; car on la trouve lorsque cette affection n'existe pas et la salive est quelquefois neutre alors que les symptômes portent à croire qu'elle existe.

1482. Il paraît, ainsi que les expériences de Montègre portent à le croire, que fréquemment ce n'est pas au moment où elle est secrétée que la salive est acide : en effet, en humectant le papier de tournesol

avec celle qui sortait actuellement de la bouche, il n'était pas rougi, et il ne l'était pas davantage ainsi que l'a constaté M. Bélouino, lorsqu'on le mettait en contact avec l'orifice du conduit de Sténon. Or, sur les mêmes sujets qui avaient servi à cette expérience, le papier placé sur la langue était devenu manifestement rouge. Seraient-ce donc les enduits qui auraient acidifié la salive et lui auraient fait rougir le papier de tournesol? Ce qui porterait à le faire croire c'est que parmi les symptômes dits gastriques, on a surtout relaté les enduits. Or, pour nous, ces enduits ne sont pas le résultat direct de la gastrite ; seulement ils coexistent fréquemment avec elle. Il ne serait donc pas étonnant que dans la gastrite, la salive fut souvent acide; mais cela ne démontrerait pas qu'il y eut une relation directe entre la phlegmasie gastrique et les caractères de la salive.

1483. La salive conservée pendant plusieurs heures hors la bouche, à une température de 32 dégrés, ne s'acidifie pas; c'est du moins ce que M. Bélouino a observé dans des recherches que je l'ai prié de faire. Ce n'est donc pas à l'état de décomposition de ce fluide qu'il faut rapporter son acidité; mais c'est une question de savoir si la salive ne devient pas acide lorsqu'elle séjourne sur la membrane muqueuse, car M. Donné a constaté, ainsi que nous l'avons vu, que celle qui recouvre les lèvres est constamment acide. La stagnation de la salive dans la cavité orale pourrait donc contribuer à son acidité.

1484. Dans l'état actuel de la science, il n'y a pas encore de signes positifs déduits de l'état acide, neutre, ou alcalin de la salive, propres à annoncer une affection bien déterminée de l'estomac ou des autres organes, et il faut faire de nouvelles recherches sur ce sujet avant d'établir une opinion fixe. Dans

tous les cas, l'art du diagnostic est redevable à M. Donné d'une voie nouvelle d'investigation, dont à coup sûr, on tirera parti.

1485. Pour bien juger des qualités et des propriétés physiques de la salive excrétée *hors la bouche*, il est urgent de recommander au malade de ne recueillir que des liquides rendus par expuition; c'est-à-dire qui proviennent de la cavité orale, et non des voies bronchiques et pharyngiennes : il faut recueillir la salive à jeûn et avoir soin qu'elle ne contienne ni des détritus d'alimens, ni des substances liquides. Or, ce fluide ainsi obtenu est clair, visqueux, filant, légérement adhérent au vase, susceptible de mousser et de contenir des bulles d'air; albumineux, ordinairement alcalin et variable en quantité et sans doute dans les proportions de ses élémens chimiques, qu'on trouve indiquées avec soin dans les ouvrages de physiologie (1).

1486. Ce qu'on doit surtout chercher, dans l'état actuel de la science, c'est à déterminer la quantité de salive formée dans certains états morbides. Il faut ici bien prendre garde de s'en laisser imposer par l'issue de ce fluide hors la bouche. En effet, dans l'état normal, et sans entrer dans les calculs très peu positifs que l'on a faits sur ce sujet, on peut dire que la proportion de salive formée est très considérable. Nous avalons ce liquide à chaque instant par un mouvement de déglutition presque automa-

(1) Il serait à désirer, qu'indépendamment des recherches sur l'état d'alcalinité ou d'acidité de la salive, on en fit quelques autres de comparatives sur sa composition chimique en santé et en maladie. De telles analyses seraient du reste fort difficiles ; lors même que l'on était porté à croire que ce liquide dût éprouver des modifications importantes, on n'a pas constaté qu'il en fût ainsi : dans la stomatite mercurielle, par exemple, il ne contient pas de mercure; dans l'ictère, il n'est pas coloré en jaune, etc.

tique, et dont nous n'avons la conscience que lorsque nous y portons attention. A peine se passe-t-il quelques mouvemens respiratoires sans qu'une déglutition ait lieu, et à chaque fois une grande quantité de salive coule dans l'estomac, où elle remplit des usages importans, dont en général on ne tient pas toujours assez compte.

1487. Or, pour peu qu'il y ait des obstacles:—douleur, engorgement, anervie (paralysie) qui gênent la déglutition,—la salive n'est avalée qu'avec peine; on la crache ou on la laisse couler des lèvres en penchant la tête sur le côté; ce fluide s'échappe en abondance, sans pour cela que la quantité formée dans un temps donné soit plus considérable. Cette considération majeure est applicable à l'amygdalite, à la pharyngite, à la stomatite mercurielle, à la glossite, etc., et dans tel cas où l'on croirait qu'il y a hyper-crinie salivaire, pour me servir de l'expression de M. Andral, il n'y a que difficulté dans l'excrétion.

1488. Il paraît cependant que, dans la plupart de ces cas, la formation de la salive se fait en plus grande proportion; cela a lieu à l'occasion de la plus légère stimulation de la membrane muqueuse orale, surtout dans celle de nature spéciale qui est produite par la pyrèthre. Il en est encore ainsi lorsque les gencives, la langue ou la surface interne des joues sont le siége d'ulcérations, de pseudo-membranes, etc. On a vu, dans un court espace de temps, rendre plusieurs livres de salive, et il n'est pas douteux pour moi que la matière que crachent en si grande abondance certaines personnes atteintes de catarrhes dits pituiteux, ne soit en grande partie constituée par de la salive qui s'écoule pendant les quintes de toux.

1489. En général, une salivation abondante épuise; elle annonce souvent qu'il y a une cause d'excitation :

(inflammations, ulcérations), etc., agissant sur la membrane muqueuse. Cette salivation peut encore être augmentée par une congestion vers la face; par des mouvemens répétés des muscles des mâchoires; par des impressions morales; par une position de la tête telle qu'elle favorise l'écoulement de la salive au dehors; par l'abaissement de la lèvre inférieure; par la perte des dents incisives inférieures qui produisent le même résultat, etc. Il faut quelquefois de la sagacité pour rapporter à sa cause réelle l'issue au dehors d'une grande quantité de salive dans un temps donné. Il résulte de tout ceci qu'il est bon d'être réservé sur les conséquences seméiotiques qu'on croit devoir tirer d'un écoulement abondant de salive. On a dit que celui-ci avait été quelquefois critique, et ici, comme ailleurs, il faut encore n'admettre un phénomène critique qu'avec une extrême défiance, et seulement après avoir bien considéré et pesé toutes les raisons anatomiques qui peuvent avoir produit cet écoulement salivaire.

1490. Le mucus de la bouche ne peut guère être recueilli séparément de la salive. Ce qui a été dit des enduits de la langue et des dents se rapporte également à ceux des autres parties de la bouche. Restent les productions pultacées, couenneuses, développées parfois sur la membrane orale, à la suite d'inflammations plus ou moins circonscrites, soit de cette membrane, soit des follicules qu'elle contient. Ces dépôts, à demi-solides, cachent au-dessous d'eux, tantôt un tissu superficiellement enflammé, tantôt des ulcérations. Ils offrent des variétés fort nombreuses qu'il est important de connaître, surtout lorsqu'il s'agit des maladies des enfans. — Vous observerez parfois, sur la face interne des lèvres et sur la langue, une substance blanchâtre, d'apparence

caséeuse, reposant sur une surface rouge et douloureuse, souvent disposée en plaques arrondies, quelquefois mal circonscrites, se propageant d'avant en arrière, et s'étendant vers le pharynx qu'elle envahit. Fréquemment elle s'étend vers les autres points de l'appareil digestif, comme semblent le démontrer les vomissemens et les selles de matière porracée que rendent alors les jeunes enfans. Si, à l'ouverture, on ne trouve pas ordinairement, dans le tube intestinal, un enduit pultacé consistant, c'est qu'il n'y a plus ici cette action évaporante de l'air qui a lieu dans la bouche et qui doit, à coup sûr, rapprocher les molécules solides que contiennent les liquides accumulés dans cette dernière partie. Quand les dépôts pultacés et adhérens sont abondans, ils font concevoir de l'inquiétude et craindre que la maladie ne s'étende vers le tube digestif. D'autrefois, surtout lorsque la cause, encombrement, a agi, ces couches de productions morbides sont plus épaisses, la membrane est entamée au-dessous; elles contractent diverses colorations foncées, persistent, se décomposent, prennent une odeur fétide assez analogue à celle de la gangrène, et bientôt une série d'accidens graves et mortels ont lieu. Enfin, dans certains cas, des couches plastiques, semblables à la couenne du sang, se déposent sur les divers points de la membrane orale, et constituent une de ces éruptions dites diphtériques, qui, étendues vers les voies de l'air, peuvent causer la mort.

1491. L'odoration de la bouche fournit aussi quelques données qui ne sont pas sans utilité diagnostique. On attache en général beaucoup d'importance à une odeur fétide que l'on a désignée sous l'épithète de gastrique, parce qu'on la rapporte à l'estomac. Dans un cas, une dame avait été soumise

à une abstinence de trente jours et périssait d'inanition parce que le médecin ordinaire trouvait à l'haleine une *odeur gastrique* très prononcée. En effet, la bouche exhalait une odeur infecte. Or, la malade portait beaucoup de dents cariées ; c'étaient elles qui causaient cette détestable odeur. Après une consultation assez orageuse, on convint de donner des alimens qui rendirent en quelques jours assez de forces pour permettre l'extraction des dents malades et enlever l'odeur. Presque toujours la fétidité de la bouche dépend de caries dentaires ou d'enduits qui recouvrent les dents et la langue. Si l'on enlève et si l'on flaire ceux-ci, on reconnait l'odeur fétide que la bouche faisait sentir. Dans la salivation mercurielle les enduits si épais qui revêtent les dents, sont la cause principale de la mauvaise odeur de l'haleine. J'ai vu, dans ce cas, l'argent être noirci par l'hydrogène sulfuré qui s'émanait des enduits putréfiés. Quelquefois l'odeur est acide, ce qui tient à ce que la salive et les enduits ont contracté de l'acidité. D'autres fois cette odeur est gangréneuse; c'est ce que l'on remarque dans la gangrène de la bouche.

1492. Il ne faut pas confondre les odeurs qui prennent leur source dans la cavité orale avec celles, très variées, qui proviennent des poumons. Il y a ici un moyen de diagnostic facile : c'est de faire fermer la bouche et de recommander au malade de respirer par le nez : si l'odeur de l'air expiré est alors nulle, et si celle du fluide qui sort plus tard par la bouche est désagréable, il faut bien que ce soit de cette cavité que s'échappent les émanations odorantes. Une contre expérience analogue peut être faite lorsqu'il s'agit de déterminer que la source d'une mauvaise odeur est dans les fosses nasales.

1493. Signes physiologiques. Dans l'état normal,

les diverses parties de la bouche jouissent d'une vive sensibilité tactile, qui est exagérée dans certains cas d'inflammation, d'ulcérations ou sur des sujets irritables. Lorsqu'elle est mise en jeu, il est ordinaire que la salive s'échappe plus abondamment qu'à l'ordinaire des glandes qui la sécrètent.

1494. Il est très-rare que la membrane orale perde sa sensibilité, attendu qu'elle reçoit des nerfs fort nombreux qui correspondent à des points divers de l'encéphale. On assure que, dans certains cas, la moitié de la langue était paralysée au point de n'être pas sensible à une piqûre qu'on pratiquait sur elle. Je n'ai jamais observé ces faits.

1495. La langue et le palais, comme je crois l'avoir démontré, par des expériences, dans l'article Papille du *Dict. des sciences médic.*, en 1819, sont à la fois le siége du goût. L'étude diagnostique de cette sensation ne peut guère être séparée de celle des organes digestifs dont la gustation est le sens spécial. Or, dans quelques cas, le goût est augmenté en ce sens, que certains corps qui, dans l'état normal, paraissaient peu sapides, le deviennent d'une manière notable dans la maladie. Cela s'observe souvent chez des femmes nerveuses et dans des accès de métralgie (hystérie). Plus souvent, le goût est moins développé qu'à l'ordinaire ou est à peu près aboli. C'est par suite de l'anervie (paralysie), soit de la cinquième, soit de la neuvième paire, qu'il en arrive ainsi. La raison de ce fait est facile à saisir, c'est que les deux nerfs de la même paire, se portant de chaque côté à la langue, il faudrait, pour que le goût n'existât plus, que tous les deux cessâssent à la fois de remplir leurs fonctions. D'ailleurs, cette sensation se passe aussi dans le palais, et là, se retrouvent encore des filets nerveux différens, dont il faudrait, pour que

la gustation cessât d'avoir lieu, que l'action fût anéantie. Il est bien plus ordinaire que les enduits, dont la langue ou le palais sont recouverts, détruisent ou modifient le goût. C'est ce qui a quelquefois lieu dans l'entérite typhoïde, la pneumonite, l'amygdalite, alors que ces enduits sont devenus très épais et très durs. La sécheresse de la langue et du palais est encore une circonstance qui diminue l'énergie du goût.

1496. Cette sensation présente souvent de grandes anomalies. Fréquemment les malades se plaignent d'éprouver un goût fade, ce qui s'observe surtout quand l'enduit de la langue est épais et blanchâtre; d'autrefois ils ressentent un goût de sang, et cela arrive, soit que ce liquide, provenant des voies digestives ou respiratoires, se trouve dans la bouche, soit que des émanations odorantes s'élèvant des bronches ou de l'estomac contenant du sang, remontent dans la cavité orale. Ailleurs la sensation gustative rappelle celle que donnent les œufs pourris, ce qu'on remarque surtout lorsque l'estomac contient depuis long-temps des matières mal digérées, et que des éructations en ramènent les odeurs dans la bouche. Dance assure que ce goût avait lieu sur des malades qui rendaient, par les bronches, le pus d'un empyème. On a dit qu'un goût cuivreux se montrait dans les fièvres intermittentes, même pendant l'apyrexie, et pouvait servir à pronostiquer leur retour (Landré Beauvais). Le goût putride se fait souvent observer : 1° sur ceux dont les enduits de la langue sont très altérés par le contact prolongé de l'air; 2° sur ceux dont les dents sont cariées et recouvertes d'un tartre humide et abondant; 3° sur d'autres, enfin, qui portent de graves maladies des fosses nasales. La sensation d'acidité a quelquefois lieu quand des enduits épais ont retenu la salive dans la bouche, ou que des sucs aci-

des ont reflué de l'estomac. Il en est ainsi pour l'amertume produite par la régurgitation de matières bilieuses. Dans tous ces cas, une cause matérielle et des saveurs réelles donnent lieu à ces anomalies du goût. Lorsque l'on veut savoir si la cause qui altère la sensation existe dans les enduits de la bouche, on doit faire nettoyer celle-ci et frictionner la langue, jusqu'à sa base avec de la crême de tartre délayée dans de l'eau vinaigrée : si la perversion du goût tient à la cause précédente, elle diminue ou cesse aussitôt que les enduits sont détruits ou moins abondans.

1497. On ne peut, d'après cela, adopter dans toute leur étendue ces propositions émises d'une manière si tranchée, d'après lesquelles on établit un rapport : entre le goût acide et un *état muqueux*; un goût putride et un *état du même nom*, etc. Avouons cependant que la présence de certaines substances dans le sang, peut influer sur les sensations gustatives; et de la même manière que les animaux lapent et exécutent la déglutition quand on injecte du lait dans leurs veines; ainsi la présence de la bile dans le sang, peut donner lieu, peut-être, à un goût plus ou moins amer. Toutefois, il est très rare que dans l'ictère, le goût soit amer. M. Double pense que cette amertume de la bouche tient à toutes les affections hépatiques; M. Landré Beauvais fait observer de son côté, qu'elle a lieu fréquemment le matin chez des gens en santé et qu'elle se dissipe lorsqu'on a pris quelques alimens.

1498. Le goût est métallique sur certains malades qui ont été soumis à l'action du plomb, du cuivre, ou du mercure. Souvent les crachats qui s'échappent des voies de l'air ont un goût salé qu'on remarque alors qu'ils contiennent ou non du sang.

1499 Il résulte de tout ceci, que les altérations

du goût peuvent, dans un assez bon nombre de cas, donner des notions sur l'état des organes circulatoires, respiratoires et digestifs; mais qu'il faut prendre garde de s'en laisser imposer à ce sujet, par les sensations qui résultent de la présence de divers produits sapides dans la bouche. Avant de déduire des conclusions de l'abolition, de l'augmentation ou de la perversion du goût, on doit noter avec le plus grand soin quel est l'état organique de la langue et du palais. Ajoutons même, qu'il faut dans ce cas, examiner aussi les fosses nasales, car beaucoup d'impressions que l'on considère ordinairement comme en rapport avec les saveurs, tiennent aux odeurs et agissent sur les organes olfactifs, plutôt que sur ceux de la gustation. (La saveur du vin, de la moisissure, etc). Il suffit de boucher le nez en même temps qu'on avale, pour ne plus ressentir, une grande partie de ces saveurs.

1500. Les dents et les gencives sont fort peu sensibles dans l'état normal. Elles le deviennent extrêmement dans les cas de maladie. Les douleurs de gencives coëxistent presque toujours avec la rougeur et l'inflammation de leur limbe, ce qui évite toute méprise; dans le cas contraire, il y a quelquefois des élancemens évidemment névralgiques qui y correspondent et qui tiennent plus à la souffrance de rameaux de la cinquième paire, qu'aux gencives elles-mêmes.

1501. L'inflammation de la membrane interne de la dent, rend le moindre contact de celle-ci sensible et quelquefois extrêmement douloureux. La destruction d'une partie de la couronne, mettant le nerf à nu, détermine surtout les plus violentes douleurs. Que le mal ait lieu dans la racine, dans le collet, ou dans l'interieur de la dent sans *lésion extérieure*, il est

des cas où il est fort difficile de reconnaître le siége réel de la douleur. La percussion, comme nous l'avons dit, fournit ici quelques documens, mais n'a pas toujours empêché d'enlever une dent saine pour une dent malade. C'est que la lésion du filet nerveux de la dent s'étend au rameau d'où il émane et aux autres filets de celui-ci. C'est là le propre de toute lésion des nerfs, aussi n'est-il pas possible de distinguer certaines névralgies indépendantes de la maladie *actuelle* d'une dent, de telle odontalgie qui provenant de la souffrance du nerf dentaire, résulte de la carie de la couronne, ou de la portion de la dent engagée dans l'alvéole. Dans ces deux circonstances, les douleurs sont extrêmes, s'étendent au loin, souvent jusque vers le sommet de la tête, et cette ressemblance ne doit pas étonner, puisqu'il s'agit toujours d'une même névralgie, dont la cause matérielle est seulement différente. En définitive, ce que le médecin doit toujours faire dans des cas pareils, c'est d'examiner les dents avec le plus grand soin et de faire extraire celles qu'il peut raisonnablement accuser de produire le mal.

1502. La luette enfin, ou plutôt la luette et le voile du palais, peuvent être le siége d'une sensibilité exagérée, qui provoque des vomissemens opiniâtres. On sait, en effet, quelle relation étroite lie, dans l'état normal, cette partie de l'appareil digestif avec les puissances actives du vomissement. Presque jamais la luette ne cause spontanément ceux-ci que lorsqu'elle est plus rouge, ou que sa tuméfaction la met en contact avec les organes voisins. Il est de règle, en diagnostic, lorsqu'il existe des vomissemens opiniâtres, d'examiner attentivement la luette et le voile du palais.

1503. A l'occasion de l'inspection de la bouche,

les divers mouvemens dont elle est susceptible, ont été examinés sous le rapport des symptômes et des signes qu'ils fournissent. Notons seulement ici la contraction persistante des muscles élévateurs de la mâchoire, qui applique cet os contre les dents supérieures, et qui constitue le trismus ou le premier degré du tétanos. Ce phénomène consiste quelquefois en un simple resserrement des os maxillaires; mais ordinairement il est bientôt porté au point que ni le malade, ni une main étrangère ne peuvent écarter ces os l'un de l'autre. Les masseters, les temporaux sont tendus, durs, et en quelque sorte immobiles. Ce symptôme est souvent funeste et doit faire pronostiquer, dans beaucoup de cas, le tétanos général, surtout lorsque le malade a été soumis à de vives douleurs, ou à quelques-unes des causes les plus fréquentes de cette terrible névrose.

1504. Les fonctions de la bouche étant nombreuses, et se rattachant à plusieurs grands appareils organiques, il en résulte que leurs altérations doivent être fréquemment notées comme élémens de diagnostic ou de pronostic. Contentons-nous de dire ici pour abréger, 1° que tout obstacle, même incomplet, au passage de l'air par la bouche, gêne la respiration à un très haut point (exemple : l'amygdalite, la glossite, etc.), et qu'il peut être une source de graves maladies des voies aériennes; 2° que si la mastication se fait mal : faute de dents, par suite de leur mauvaise conformation, ou par toute autre cause, il faut craindre que la digestion n'en soit troublée; 3° que si l'estomac digère mal, on doit examiner la manière dont la mastication se fait, s'informer du temps que l'on met à l'exécuter, etc.; 4° qu'il en est ainsi des pertes de salive que fait un malade et qui l'exposent à la lenteur et à la difficulté des digestions; 5° que, par

contre, une salive trop abondamment portée dans l'estomac peut entraver, et partant, dépraver les digestions, etc.

1505. Ajoutez à ceci que les états organo-pathologiques locaux de la bouche peuvent déterminer : soit des phénomènes généraux du côté de la circulation, comme cela a quelquefois lieu pour la glossite, la stomatite, etc. ; soit des lésions nerveuses éloignées, comme on le voit à la suite des maladies des dents, etc., et vous aurez encore une faible idée de toute l'importance de la cavité buccale, envisagée sous le rapport de la pathologie et du diagnostic.

## DIAGNOSTIC

### SPÉCIAL ET COMPARATIF DES ÉTATS ORGANO-PATHOLOGIQUES DE LA BOUCHE.

1506. Les maladies dont les diverses parties de la bouche peuvent être le siége sont, en général, assez apparentes pour qu'on puisse se dispenser de donner, avec beaucoup de détails, leurs principaux caractères diagnostiques.

1507. 1° *Stomato-pathie.* Souffrance de la bouche ;

1508. 2° *Stomato-hémie.* Congestion sanguine de la membrane orale. Elle a pour caractère la rougeur des diverses parties de cette membrane. C'est surtout dans les gencives qui entourent les dents qu'elle est commune. Fréquemment celles-ci présentent une teinte fortement violacée, elles saignent au moindre contact, etc. ;

1509. 3° *Stomatite.* Inflammation de la membrane muqueuse de la bouche. Rougeur d'une teinte variée, tuméfaction générale ou circonscrite, douleur ordinairement très vive, chaleur de cette membrane. Ces phénomènes se remarquent vers les lèvres ou les

joues; d'autres fois vers les gencives (*gengivite*), ou la surface de la langue (*glossite superficielle*). Tantôt le tissu de la membrane est uniformément rouge; tantôt c'est par plaques que cette rougeur se dessine. Productions pultacées ou coeunneuses se manifestant sur une base enflammée ou ulcérée. Ces ulcérations sont assez fréquentes; elles occupent souvent, sur les lèvres, les cryptes muqueux, tandis que la membrane située alentour n'est que rouge. Quelquefois et consécutivement des abcès se manifestent dans le tissu cellulaire sous-jacent à la membrane orale. L'inflammation peut être sur-aiguë (*hyper-stomatite*), sub-aiguë (*hypo-stomatite*); elle revêt quelquefois des formes spéciales. Lorsqu'elle s'accompagne de la formation d'une couche pultacée (*stomatite pultacée*, aphtes), ou d'une membrane accidentelle (*stomatite couenneuse*), elle a souvent de la tendance à s'étendre, dans le premier cas, vers le tube digestif; et dans le second, vers le pharynx et le larynx. On peut considérer comme des stomatites spéciales, mais très secondaires à la toxicohémie et à la dermite coïncidantes, les éruptions scarlatineuses, rubéoliques, morbilleuses ou varioliques de la membrane orale. La stomatite est souvent le résultat de la souffrance d'une odontopathie (maladie d'une dent). C'est alors vers la dent malade, et souvent autour de l'orifice d'une fistule dentaire, que l'inflammation de la membrane muqueuse est la plus vive (1). Dans la *stomatite mercurielle* la membrane buccale, et surtout celle qui correspond aux joues, aux lèvres, à la langue, pré-

---

(1) Fréquemment, dans des cas pareils, du pus se forme dans l'alvéole; il glisse par une fistule de l'os, ou s'épanche entre cet os et les tissus qui recouvrent celui-ci, et détermine l'engorgement inflammatoire du tissu cellulaire, et des abcès qui, plus tard, s'ouvrent ordinairement dans la bouche. De là, l'affection que l'on désigne sous le nom de fluxion. L'aspect

sente une surface grise, saignante, souvent fendillée ; en général la stomatite est accompagnée d'une salivation et d'une odeur très fétide de l'haleine ; mais cela est surtout remarquable dans celle dont il est ici question. Dans la *stomatite siphylitique*, qu'il faut se donner garde de confondre avec les ulcérations entretenues par l'éruption, par la saillie, ou par la mauvaise direction des dents (ce qui se reconnaît par l'inspection du rebord alvéolaire et par le siége qu'occupe la maladie), il existe des ulcérations à bords coupés à pic, à base indurée, rouge, et à surface grisâtre. Du reste, cet aspect existe quelquefois dans des stomatites non siphylitiques. La stomatopathie cancéreuse se reconnaît aux signes généraux des ulcérations cancéreuses.

1510. Dans la *gengivite*, les douleurs sont vives, et le lieu malade occupant ordinairement le limbe de la gencive, est souvent en contact avec du tartre ou des dents cariées ; dans la *glossite superficielle*, les mouvemens de la langue, et par conséquent la parole, la mastication et la déglutition sont très gênés. Dans la *péristaphylite* il y a souvent une tendance marquée aux vomissemens. Dans la *stomatite avec ulcération de la voûte palatine* il faut se rappeler que l'os est facilement atteint, qu'il se perfore facilement et établit ainsi une communication avec les fosses nasales. La *stomatite des joues* est souvent compliquée de parotidite et d'abcès du tissu cellulaire sous-cutané. Et *l'inflammation* superficielle et circonscrite *des lèvres* donne souvent lieu à la formation de vésicules d'abord

---

de la tumeur extérieure annonce presque toujours quelle est la dent cariée ; car le lieu où l'engorgement est le plus marqué correspond presque toujours à celle-ci. Il résulte de là un faciès différent dans les fluxions qui suivent la carie des diverses dents, faciès à l'aide duquel il m'est souvent arrivé de dire, avant d'avoir fait ouvrir la bouche, quelle était la dent affectée.

claires et qui parfois contiennent ensuite du pus en se desséchant (herpes labialis, dermite superficielle vésiculeuse des lèvres). *La glossite profonde* ou *musculaire* présente les caractères généraux de l'inflammation; mais ici la tuméfaction devient énorme et occupe tantôt une partie circonscrite, tantôt toute l'étendue de la langue. De là, une très grande difficulté ou une impossibilité absolue dans l'exécution des fonctions de cet organe.

1511. Aux phénomènes locaux de la stomatite se joignent des accidens généraux très variables, en raison du siége spécial, de la nature, du degré, de l'étendue, etc., de la stomatite.

1512. *L'odontite*, ou inflammation de la pulpe dentaire, a pour caractères, la douleur vive et les élancemens ressentis exclusivement dans une dent; ils sont rarement accompagnés d'une sensation de pulsation (n° 1510).

1513. La parotidite ou l'inflammation de la parotide a pour caractères : la douleur, la chaleur, la tuméfaction de cette glande. Par conséquent, c'est sur la branche montante de l'os maxillaire et derrière elle que ces phénomènes ont lieu. A ces symptômes se joignent fréquemment une douleur et une tuméfaction dans le trajet du conduit excréteur de la parotide. L'ouverture de celui-ci, dans la bouche, est quelquefois oblitérée par des enduits ou par des couches plastiques, ou encore est ulcérée. Souvent la salive augmente de quantité; d'autres fois elle diminue; il peut arriver qu'elle se supprime, et cela aurait lieu si son conduit était entièrement bouché. Quelquefois l'introduction d'un stylet dans le canal de Sténon y fait reconnaître du pus, et la pression faite sur le trajet de ce vaisseau excréteur, fait couler ce liquide avec plus d'abondance.

1514. 3° *Stomatorrhagie.* (Hémorrhagie buccale.) Il suffit d'énumérer ici les sources de l'écoulement du sang par la cavité buccale; car, pour peu que l'inspection soit faite avec quelque soin, on reconnaît facilement la source de cette hémorrhagie. Or, les gencives, les alvéoles à la suite de l'extraction d'une dent, la membrane orale près du pharynx, la langue dans le cas de blessure de ses vaisseaux, etc., sont principalement les parties où la stomatorrhagie se déclare. Elle peut être très abondante et déterminer les phénomènes de polyanhémie étudiés ailleurs.

1515. 4° *Le scorbut* des gencives a été considéré comme une maladie hémorrhagique, parce que dans cette affection il se manifeste souvent un écoulement de sang par la bouche. L'état des gencives qui y correspond est celui-ci : elles sont tuméfiées, livides, molles, saignantes au moindre contact; le sang qui s'écoule est noir, peu consistant; il en reste entre les parties molles et les dents; il se putréfie; la gencive s'enflamme, s'ulcère, les enduits s'altèrent ainsi que le sang; l'odeur de la bouche devient infecte. Cet état est fréquemment le résultat d'une cause toute locale: la présence d'enduits épais et indurés qui déchirent les gencives, comme dans le cas de gengivite, et surtout la présence de ces concrétions entre le collet de la dent et la gencive, ou encore la présence de débris de racine dans les alvéoles produisent aussi le même effet. D'autres fois l'état scorbutique des gencives est lié à la langueur de la circulation veineuse, à des maladies du cœur, à la stase du sang, et très probablement à une altération dans les principes constituans de ce liquide (hémo-pathie scorbutique).

1516. 5° *Sialatorrhée.* (Écoulement très abondant de salive par la bouche,—salivation.)—Cet état coexiste ou non avec l'inflammation de la glande parotide, ou

avec des affections locales de la membrane orale. Il faut faire ici bien attention de ne pas prendre pour une augmentation dans la sécrétion salivaire le simple écoulement par la bouche, de la salive qui, dans l'état normal, est portée dans l'estomac.

1517. 6° *Développement anormal et distension, par la salive, du conduit de Warthon; grenouillette.* Existence sous la base de la langue d'une tumeur oblongue, contenant un liquide clair, visqueux, transparent; l'orifice du conduit est quelquefois bouché par des concrétions crétacées.

1518. 7° *Odontalgie.* Douleur correspondant exclusivement à une ou plusieurs dents très ordinairement cariées, et qui s'étend au loin dans d'autres ramifications nerveuses, ainsi que le font les névralgies qui seront étudiées ailleurs (tome 3). Il n'y a d'autres moyens de distinguer cette souffrance nerveuse dentaire d'une lésion semblable des troncs nerveux voisins, que par la circonscription du point du départ et de la douleur, et souvent par l'altération physique et appréciable aux sens de la dent malade (1).

## § 2. *Exploration du pharynx et de l'œsophage.*

1519. L'INSPECTION, à l'extérieur, des organes de la déglutition, n'est guère applicable qu'au pharynx. Cependant on pourrait quelquefois juger par la saillie qu'ils produiraient sur le côté inférieur et gauche du cou, de la présence de corps étrangers, volumineux, arrêtés à cette hauteur dans l'œsophage. Les plaies pénétrantes, comme aussi les ulcères fis-

---

(1) Voyez, pour les autres affections de la bouche et des dents, les ouvrages de chirurgie, et ceux qui ont trait à l'art du dentiste.

tuleux de ce conduit ouverts à l'extérieur, ont pour caractère pathognomonique, la sortie des alimens ou des boissons lors de la déglutition, par la solution de continuité.

1520. Quant au pharynx, on peut, dans l'amygdalite ou dans l'hyper-amygdalotrophie, reconnaître l'engorgement des amygdales à la partie supérieure et latérale du cou, et cela, un peu au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure, dans l'espace que circonscrivent le sterno-mastoïdien, le larynx et l'angle maxillaire. C'est là aussi que pourraient faire extérieurement saillie, soit des abcès voisins du pharynx, soit des corps étrangers volumineux qui seraient engagés dans ce conduit.

1521. C'est surtout l'inspection de la surface interne du pharynx qu'il est important de faire. Pour y parvenir, sur un adulte, il faut faire ouvrir largement la bouche (1434), et éclairer le fond de cette cavité avec une bougie, qui est souvent préférable à la lumière du jour à cause de la difficulté que l'on trouve presque toujours, à faire placer la tête de telle sorte, que cette lumière vienne éclairer le fond de la cavité orale. Il vaut beaucoup mieux tenir soi-même la bougie de la main droite, parce qu'alors on dirige la lumière sur le point où on le désire, que de la confier à une autre main qui porte souvent des ombres sur les points que l'on cherche à examiner. Le manche d'une cuiller ou tout autre corps analogue, tenu de la main droite, étant alors porté rapidement sur la langue, le baissant et le déviant dans le sens opposé au lieu qu'on veut explorer, permet de découvrir celui-ci. En général, le doigt du médecin, préalablement lavé, est comme pour la bouche, préférable à tout autre instrument; il abaisse bien mieux la langue, et en provoque moins les contractions; on s'en sert aussi plus facilement. Il faut

avoir le soin d'abaisser rapidement la surface linguale au moment où l'organe est dans le relâchement, et éviter, autant que possible, de toucher au voile du palais et à la luette. Sans cela on produirait des nausées, qui empêcheraient d'explorer d'une manière convenable. Pour mieux examiner le pharynx, il est bon, ainsi qu'il a été dit à l'occasion de l'exploration des fosses nasales (885), d'engager le malade à bailler ; de cette sorte le voile du palais se relève et permet de découvrir plus haut la paroi postérieure du pharynx.

1522. Sur les jeunes enfans, il n'est que trop souvent difficile d'examiner le pharynx avec le soin qu'il exige. Cela est d'autant plus regrettable que, fréquemment, le diagnostic des maladies les plus graves de l'enfance repose sur l'examen physique du pharynx. Les pleurs, les cris, si les parens n'ont pas l'énergie nécessaire, sont des obstacles insurmontables à toute espèce de recherche fructueuse. Il vaut mieux, dans un cas douteux, lorsque les parens se refusent à une exploration indispensable, se retirer, *en les prévenant des conséquences possibles de leur incurie ou de leur faiblesse*, que de compromettre, par son peu de fermeté, la vie de l'enfant et sa propre réputation. Souvent on est réduit, comme nous l'avons dit à l'occasion de l'inspection de la bouche, à pincer le nez, pour fermer son orifice, et pour forcer ainsi la bouche à largement s'ouvrir. On saisit alors ce moment pour porter vivement un bouchon entre les dents. Comme on a tenu une bougie prête pour éclairer le fond de la gorge, et comme on a pris la précaution de bien faire maintenir l'enfant, de cette sorte on peut examiner convenablement le pharynx, et y porter, s'il en est besoin, les topiques nécessaires.

1523. Il faut noter ici la rougeur et les teintes variées du pharynx, qui correspondent fréquemment

à celles de la membrane orale, et se prononcent dans les mêmes circonstances. Il arrive ordinairement que, dans les phlegmasies, le pharynx est beaucoup plus rouge que la membrane de la bouche. Pour peu qu'il y ait polyhyperhémie, les amygdales sont d'une rougeur marquée qui est encore plus vive dans l'amygdalite. Cette teinte est plus ou moins foncée, en raison de l'intensité de l'inflammation, d'une part, et de l'état de la circulation et de la respiration de l'autre. En général, il faut se rappeler que l'amygdalohémie (congestion sanguine des amygdales) est, surtout sur la femme, lors de l'époque des règles, l'un des premiers symptômes de la polyhyperhémie, et qu'elle cesse souvent d'une manière brusque à la suite d'une saignée. La rougeur des amygdales occupe tantôt une partie, et tantôt la totalité de cet assemblage de cryptes muqueux d'un côté, et tantôt même les deux côtés. Dans ce dernier cas, il est très ordinaire que l'une des amygdales soit plus affectée que l'autre. La rougeur du pharynx a souvent lieu par plaques vermeilles, assez nettement circonscrites. Il ne faudrait pas prendre pour des marques de phlegmasie actuelle, ces dilatations veineuses qui règnent dans la direction de la ligne médiane, sur la paroi postérieure du pharynx, et qu'on remarque sur beaucoup de gens. Le meilleur moyen de distinguer les rougeurs propres à l'hyperhémie de celles qui sont inflammatoires : c'est que les premières paraissent uniformément étendues, qu'elles sont générales, en quelque sorte, peu ou point douloureuses; tandis que les secondes sont limitées, partielles, circonscrites et douloureuses.

1524. Il faut noter avec le plus grand soin les diverses productions accidentelles dont le pharynx peut être recouvert. Cette importance est encore plus grande ici que pour la bouche.

1525. D'abord, les amygdales sont très souvent recouvertes de plaques blanchâtres, jaunâtres, quelquefois grisâtres, friables et paraissant se prolonger dans les anfractuosités de cette glande. Elles se manifestent à l'occasion de la moindre inflammation, surtout lorsqu'en même temps, le sang est couenneux. Tantôt elles ont lieu par petites plaques disséminées; tantôt elles ont une assez grande dimension : on ne doit pas s'inquiéter de la présence de ces plaques, pourvu qu'elles existent exclusivement sur les amygdales, et qu'on n'en rencontre pas de semblables sur le pharynx et le voile du palais. La substance pultacée qui forme ces concrétions, mêlée aux crachats, a été quelquefois prise pour de la matière tuberculeuse. On préviendra cette erreur en examinant soigneusement les amygdales.

1526. Le pharynx est, dans certains cas, tapissé d'une couche couenneuse bien autrement grave que la précédente : cette production se manifeste d'abord par plaques plus ou moins isolées, qui, plus tard, s'étendent aux parties voisines. Elle affecte d'abord le voile du palais, ses piliers, ou la paroi postérieure du pharynx; elle repose sur une surface vermeille, ou au moins d'une teinte rouge et qui entoure aussi les plaques dont il s'agit. L'aspect de celles-ci est d'un gris-jaunâtre, quelquefois tirant sur le noir; d'autres fois elles paraissent plus blanches; elles sont plus ou moins épaisses, ont beaucoup d'analogie avec les membranes accidentelles des plèvres, et avec la couenne du sang. Ces plaques ont de la tendance à s'étendre dans la direction du larynx; si on veut les détacher, on trouve qu'elles sont adhérentes aux tissus sous-jacens, et de telle sorte, que du sang s'écoule lorsque, dans les premiers temps de leur formation, on veut les extraire. Lorsque la maladie a duré quelques

heures ou quelques jours, elles recouvrent parfois toute la surface du pharynx ; l'odeur qu'elles répandent est souvent infecte, et c'est en partie à cette cause qu'il faut attribuer la pensée que l'on avait, avant les utiles travaux de M. Bretonneau, qu'elles étaient de véritables escharres gangréneuses. A coup sûr, il n'en est pas ainsi; car la marche de la maladie, lorsqu'elle se termine heureusement, et les nécroscopies ont prouvé que le tissu même du pharynx n'est intéressé alors que sous le rapport des altérations inflammatoires ou sécrétoires dont il est le siége. Quant à l'odeur infecte, elle est visiblement due, comme cela a lieu pour les enduits de la langue, à la décomposition putride de ces productions dans un lieu humide, chaud, et où passe un courant d'air atmosphérique.

1527. Il faut cependant avouer que de véritables taches gangréneuses se développent, quoique rarement, dans le pharynx. Celles-ci ne font pas de saillie; elles sont déprimées, ne tardent pas à prendre une coloration noire et à exhaler une odeur fétide, différente de la précédente, et qui est celle de la gangrène. Ce n'est guère que dans les cas d'angine intense, compliquée de typhohémie très grave, qu'on voit survenir ce funeste symptôme.

1528. On notera avec soin les ulcérations que le pharynx est susceptible de présenter. Pour peu qu'elles aient de l'ancienneté, leur apparence est peu variable. Le fond en est presque toujours grisâtre; les bords, taillés à pic, assez irrégulièrement découpés, sont durs et d'un rouge vif. Ces caractères ont lieu dans les ulcérations des piliers du voile du palais, entretenues par l'éruption d'une dent de sagesse, comme dans celles qu'on soupçonne être de nature syphilitique. Dans un cas comme dans l'autre, les

douleurs sont souvent peu vives, et il arrive aussi, dans ces deux circonstances, que les ganglions sous-maxillaires s'enflamment d'une manière notable. Toutefois la rougeur du limbe de l'ulcère syphilitique du pharynx paraît être quelquefois plus marquée; cet ulcère est peut-être plus profond et sa surface plus grise. Le seul moyen positif, de reconnaître les ulcérations entretenues par les dents malades, de celles que cause la syphilis, c'est de trouver la saillie formée, dans le premier cas, par la dent, et de ne pas la rencontrer dans le second. Tenez compte aussi, dans le diagnostic, du siége de l'ulcération de cause dentaire, qui est voisin de la partie malade (l'amygdale ou son pilier antérieur), et enfin du résultat du traitement. Celui-ci, dit-on, réussit quand la maladie est vénérienne, et il échoue dans le cas contraire. Avouons cependant que des maladies, qui ne sont rien moins que vénériennes, cèdent aussi à l'emploi des mercuriaux; exemple : quelques érysipèles, certaines dartres, la péritonite, etc. On ne voit donc pas pourquoi il n'en serait pas ainsi de certains ulcères non syphilitiques de la gorge. Il paraît même démontré, pour quelques praticiens, que des ulcérations pharyngiennes très analogues à celles que produit la maladie vénérienne, peuvent être quelquefois le résultat de l'action du mercure lui-même.

1529. On admet, en général, que les ulcérations des piliers du voile du palais, et de la profondeur du pharynx, sont fréquemment vénériennes, et que celles de l'amygdale n'ont ordinairement pas ce caractère; il n'est pas rare, cependant, d'observer des chancres syphilitiques dans cette dernière partie. Ne confondez pas avec des ulcérations de l'amygdale des dépressions anciennes que présente cette glande, et qui résultent assez souvent de la séparation qui existe

naturellement entre ses lobes, ou sont la conséquence d'anciens abcès. Tenez compte aussi des anciennes cicatrices blanchâtres que le pharynx présente quelquefois, et qui sont le résultat de la guérison d'anciens ulcères de la gorge. Il ne faudrait pas les prendre pour des maladies récentes. Certaines plaques blanchâtres, élevées au-dessus de la membrane muqueuse, de forme arrondie, fort analogues à celles qui ont été décrites pour la bouche (1428), et ordinairement de nature syphilitique, sont quelquefois observées sur le pharynx et les amygdales. M. Ricord les regarde comme un signe très positif de maladie vénérienne consécutive.

1530. Lorsqu'un malade a pris quelques substances corrosives, telles que les acides nitrique, sulfurique, etc., on doit examiner le pharynx et rechercher : s'il ne s'y trouve pas des escharres ou des ulcérations, dont la teinte correspondrait à celle que produisent d'ordinaire les substances dont il s'agit (V. la *Toxicologie* de M. Orfila); si elles sont noires, comme on l'observe lorsqu'elles sont produites par l'acide sulfurique (dans un cas semblable, je les ai vues blanchâtres); si elles sont jaunâtres comme à la suite de l'action de l'acide nitrique, etc.

1531. On doit noter encore : si les amygdales sont hypertrophiées et à quel dégré elles le sont; quelle est l'étendue de l'espace existant entr'elles, et s'il est suffisant pour le passage de l'air et pour la déglutition. Il faut s'assurer encore si la partie voisine du pharynx est tuméfiée, saillante, et si elle présente un aspect bombé qui puisse y faire soupçonner un abcès. Quelquefois un polype des fosses nasales fait saillie dans la gorge; des tumeurs cancéreuses ou autres s'y développent; un corps étranger y est parfois arrêté, etc. On doit insister plus ou moins sur

toutes ces recherches suivant la nature des autres symptômes éprouvés par le malade.

1532. L'inspection du pharynx pourrait se faire à l'aide d'un spéculum étroit, qui éclairerait peut-être davantage le fond de cette cavité; mais il y a ici un notable inconvénient qui compense de reste les faibles avantages attachés à son emploi : les nausées que produit tout corps étranger porté dans l'arrière-bouche, et les mouvemens dont elles sont suivies, sont, à coup sûr, des raisons pour que ce moyen ne devienne jamais pratique. Les cas où il peut être utile me paraissent être, d'une part, ceux où l'existence d'une douleur, située plus haut que le voile du palais, porte à croire qu'il existe quelques ulcérations sur ce point, et de l'autre, ceux où l'on croit que le pharynx peut être malade un peu plus bas que l'endroit où l'inspection simple peut être faite. Il est évident que, dans ces cas et dans le dernier surtout, le spéculum devrait être porté de manière à éviter l'ouverture gutturale du larynx (ce qui serait fort difficile), et assez étroit pour ne pas oblitérer le passage de l'air.

1533. La palpation immédiate est d'un grand secours pour le pharynx et n'est pas applicable à l'œsophage. Un ou plusieurs doigts, portés dans le fond de l'arrière-gorge, peuvent y reconnaître : la chaleur qu'y cause l'inflammation; les saillies qu'y produisent les corps étrangers ou les tumeurs, et les dépressions qu'y déterminent des ulcérations. C'est surtout pour les amygdales que le toucher est utile; souvent il fait découvrir leur hypertrophie bien plus bas qu'on ne la soupçonnait; leur dureté, bien plus marquée qu'on ne le croyait; leurs ulcérations, bien plus profondes qu'on ne le pensait, et leur suppuration, bien plus avancée et

bien plus complète qu'on ne l'admettait: Ici la fluctuation est souvent difficile à saisir ; et ce n'est le plus souvent qu'à une tension élastique, à une sorte de résistance éprouvée par le doigt auprès des amygdales, qu'on y découvre un abcès que l'on ne croyait pas exister. Souvent le doigt porté dans le pharynx fait juger de l'étendue et de la nature des tumeurs qui s'y trouvent, et, de plus, dirigé par en haut ou par en bas, il fait distinguer des altérations organiques que la vue simple ne trouvait pas. Il est douteux que la palpation puisse faire reconnaître les ulcérations que j'ai rencontrées plusieurs fois à la nécroscopie sur la partie du cricoïde saillante dans le pharynx, et celles qui se manifestent précisément en face, sur le point de contact des premières dans la portion opposée de la paroi pharyngienne. Ces ulcérations, qui résultent évidemment du frottement de ces parties les unes sur les autres, ne m'ont paru exister que sur des sujets très amaigris et qui, toussant beaucoup, exécutent de nombreux mouvemens d'élévation et d'abaissement du larynx (*Clinique de la Pitié, p.* 4).

1534. La palpation du pharynx peut se faire à l'extérieur du cou, et précisémeut sur le lieu indiqué à l'occasion de l'inspection. Souvent on y sent avec la main les amygdales très tuméfiées, ou des abcès des parois pharyngiennes susceptibles de s'ouvrir à l'extérieur. Un excellent moyen de juger de l'étendue de l'engorgement de l'amydale est de porter l'un des doigts dans la gorge, un autre à l'extérieur sur le lieu indiqué, et d'apprécier ainsi l'épaisseur de la glande malade. On peut aussi, de cette manière, avoir quelques données sur la dureté de l'amygdale et sur la présence ou l'absence de liquides dans les parties interposées.

1535. La palpation de la portion d'œsophage située au cou est quelquefois possible à gauche du larynx. On se rappelle à ce sujet les belles opérations faites par M. Bégin pour l'extraction de corps étrangers introduits dans cette portion du conduit de la déglutition. On peut, dans certains cas, y sentir des corps étrangers qui y feraient saillie, et par la douleur que cause la pression, lorsqu'il s'agit d'une œsophagite, déterminer la hauteur à laquelle cette affection existe. Plus bas l'œsophage ne peut être palpé à l'extérieur.

1536. La palpation médiate du pharynx peut être pratiquée avec un stylet boutonné; elle est moins sûre et moins fréquemment utile que la palpation immédiate.

1537. LA PALPATION MÉDIATE ou le cathétérisme de l'œsophage, se fait avec une sonde ou une canule de gomme élastique, enduites d'un corps onctueux. Ces instrumens peuvent être introduits par les fosses nasales, mais ils se dirigent plus facilement par la bouche (1). Le malade est assis, sa tête est renversée et maintenue contre la poitrine d'un aide. L'explorateur, déprimant avec le doigt de la main gauche la base de la langue, et s'en servant aussi pour guider l'instrument, évite, s'il se peut, la luette; puis portant la canule ou la sonde le long de la paroi postérieure du pharynx, pour ne pas pénétrer dans la glotte, il dirige l'instrument assez profondément pour arriver jusqu'à l'es-

(1) Il faut, en général, que la canule ait un volume assez considérable, et qu'elle soit plus grosse que les sondes les plus volumineuses destinées au canal de l'urètre. Quand elles sont trop petites, elles peuvent passer dans un rétrécissement, même squirreux, sans être arrêtées par lui. C'est ce qui est arrivé dans une observation relatée dans le *Bulletin clinique*, n°

tomac. Il fait exécuter de légers mouvemens d'allée et de venue, et s'il éprouve quelque résistance, il réitère les mouvemens d'une manière alternative et tourne légèrement l'instrument sur lui-même pour qu'il pénètre avec plus de facilité.

1538. Cette petite opération peut donner des notions importantes dans plusieurs cas : c'est ainsi qu'elle peut faire reconnaître des retrécissemens organiques de l'œsophage ou du pharynx (comme dans un cas signalé par M. Bégin). Soit, en effet, que des tumeurs extérieures les produisent, soit qu'une affection chronique de ces conduits leur donne naissance, ces rétrécissemens ont pour caractères: la difficulté qu'on éprouve à introduire une sonde, et la sensation que celle-ci communique à la main qui explore. On sent quelquefois manifestement que l'extrémité de l'instrument pénètre dans le point affecté et qu'on ne peut la porter plus loin. Toutefois, il faut remarquer que la contraction spasmodique de l'œsophage a été parfois si violente dans un espace circonscrit, qu'elle s'opposait au passage de la sonde, et donnait à la main la sensation d'un corps dur et résistant. Pour éviter de commettre cette méprise dont les conséquences pratiques pourraient être fort graves, il faudrait renouveler le cathétérisme à plusieurs reprises, et le pratiquer avec des instrumens de volume varié. Lorsqu'il s'agit de retrécissemens de l'œsophage, il serait possible de se servir d'empreintes et de sondes graduées, analogues à celles qu'employait Ducamp, pour l'exploration de l'urètre, ou encore des instrumens proposés par MM. Amussat, Lallemand, Ségalas, etc. dans cette dernière affection.

1539. Dans le cas de corps étrangers engagés dans l'œsophage, la palpation médiate est pratiquée

avec avantage à l'aide d'une tige d'argent, flexible, mais résistante, longue de dix-huit à vingt pouces, terminée d'un côté par un anneau, et de l'autre par une boule sphérique dont le diamètre est variable selon l'âge du sujet. La résistance que le doigt éprouve, et le frottement de deux corps l'un sur l'autre, annoncent la présence du corps étranger, et la profondeur à laquelle il se trouve. Cet instrument, employé par Dupuytren, ne blesse pas l'œsophage, et comme on se sert successivement de boules variables en grosseur, il est difficile qu'il ne rencontre pas le corps étranger.

1540. Le cathétérisme de l'œsophage peut encore faire apprécier, par la profondeur à laquelle il cause une douleur plus vive, du siége d'une inflammation ou d'une ulcération de ce conduit. Dans ces cas, fort rares d'ailleurs, où la membrane interne de l'œsophage forme en quelque sorte hernie à travers les autres membranes, et constitue ainsi des poches annexées à ce conduit, dont la cavité communique avec la leur, il est probable que le cathétérisme œsophagien pourrait au moins les faire soupçonner. On a présumé que la rumination pouvait alors avoir lieu, et devenir par conséquent l'un des symptômes de cette lésion anatomique.

1541. La percussion conduit à peu de résultats pour l'exploration du pharynx et de l'œsophage. Elle donnerait seulement quelques documens, s'il s'agissait de constater le degré de dureté des tumeurs développées près de ces conduits.

1542. L'auscultation a distance du pharynx fait entendre des bruits assez variés et dont on peut tirer parti comme signes : 1° la respiration peut être rendue bruyante par suite de la disposition ou de la forme du pharynx. Ce fait a été déjà mentionné

à l'occasion de l'exploration du murmure respiratoire (nº 1044). Lorsque les amygdales sont très tuméfiées et que le passage de l'air est rendu très étroit, ce bruit augmente de force et devient quelquefois sifflant. 2º La voix du malade, dans l'amygdalite, prend souvent un caractère spécial et guttural, qui peut faire soupçonner une augmentation dans le volume de ces glandes, alors même qu'on n'en a pas encore d'autres notions; il semble ici que le malade parle de la gorge. On observe ce timbre de voix, soit dans les cas aigus, soit lorsqu'il existe depuis longtemps une amygdalotrophie. 3º Lorsque des liquides abondans se trouvent dans la gorge, l'air qui sort du larynx produit en les traversant le râle de l'agonie porté au plus haut point. 4º Lorsque la déglutition devient très difficile par suite de la faiblesse des puissances qui en sont chargées, soit qu'il s'agisse d'une encéphalopathie primitive ou secondaire à toute autre lésion, l'action d'avaler des liquides est accompagnée d'un bruit particulier qui rappelle assez bien celui que fait entendre l'œsophage d'un cheval qui boit. Il semble alors que les boissons tombent dans un corps creux et large; dans ce cas, en effet, le pharynx presque paralysé se contracte avec peine et doit rester dilaté; aussi, le vulgaire qui se sert d'expressions qui font image, dit-il qu'alors les liquides tombent comme dans un sac. Ce signe est en général mauvais, car on conçoit combien est grave l'état de l'appareil nerveux qui correspond à ce symptôme.

1543. L'AUSCULTATION MÉDIATE ou immédiate du pharynx, dans l'état actuelle de la science, ne présente pas d'application; celle de l'œsophage pourrait conduire à quelques résultats si elle était exé-

cutée pendant le passage du liquide dans ce conduit. En effet, comme on avale de l'air à chaque mouvement de déglutition, ainsi que l'a démontré M. Magendie, il devrait arriver dans certains cas de gêne dans le passage des alimens solides ou liquides, résultant d'une cause ou d'un obstacle mécanique, que certains sons en rapport avec la lésion existante se feraient entendre. Ce sujet mériterait des recherches spéciales.

1544. L'EXPLORATION des LIQUIDES formés dans le pharynx ou l'œsophage se réduit à l'examen du mucus qui y est sécrété, ou des produits anormaux qui s'y sont formés. Bornons-nous ici à dire, que des mucosités diversement altérées, que du sang, des concrétions pseudo-membraneuses, du pus, etc., peuvent prendre leur source dans la partie supérieure du conduit alimentaire; que ces substances ne se distinguent point par leurs propriétés physiques des matières très analogues provenant des voies aériennes, de la bouche, et quelquefois de l'estomac; que, déjà, nous avons parlé de plusieurs d'entre elles à l'occasion de l'inspection du pharynx lui-même; que pour celui-ci, la simple inspection découvre quelquefois la source des liquides qu'il forme, mais que d'autrefois cette source est loin d'être évidente, et qu'il faut souvent de l'attention pour la déterminer. On doit se garder, par exemple, de prendre pour des liquides provenant de la gorge, les mucosités épaisses, visqueuses et quelquefois presque plastiques qui, tombant de la partie la plus reculée des fosses nasales, glissent sur la paroi postérieure du pharynx et se voient profondément derrière le voile du palais lorsqu'il se soulève. Il est parfois encore fort difficile de décider quel est le point de la gorge où un abcès s'est ouvert.

1545. Les émanations odorantes qui s'élèvent du pharynx donnent lieu à des inductions diagnostiques du même genre que celles dont il a été fait mention à l'occasion de la bouche.

1546. Signes physiologiques. La sensibilité générale du pharynx, dans l'état normal, ne diffère pas de celle des autres parties de la bouche; peut-être est-elle un peu moins vive. Trois sensations spéciales ont aussi leur siége ou une grande partie de leur siége dans le pharynx: l'une est le goût, et il a été parlé de son interprétation diagnostique à l'occasion de la bouche; l'autre est la soif; la troisième est ce sentiment bizarre qui produit la nausée et qui fait que l'estomac et les muscles abdominaux se contractent et produisent le vomissement lorsque des corps dont le goût déplaît, ou une excitation de la luette et du pharynx viennent à avoir lieu. Les altérations de toutes ces sensations peuvent donner lieu à des applications diagnostiques.

1547. La douleur, dans le pharynx, est presque toujours accompagnée de rougeur des tissus qui en sont le siége; elle est quelquefois très intense. Comme les amygdales sont le plus souvent malades, elles sont le plus fréquemment douloureuses. Dans quelques cas, cette douleur est portée très loin, et s'exaspère par le moindre mouvement; dans les abcès du pharynx elle est souvent pulsative; dans certaines amygdalotrophies sans rougeur, elle consiste seulement dans une sorte de gêne. La sensation pénible que produisent des ulcérations pharyngiennes est vive lorsqu'elles datent de peu de temps; plus obscure et souvent presque nulle dans le cas contraire. Une douleur ayant son siége très haut ou très bas dans le pharynx doit faire rechercher avec le plus grand soin si, sur des points

qu'on ne peut découvrir par un examen superficiel, il n'existerait pas de solutions de continuité. Cette considération a conduit, à la Clinique, à découvrir quelquefois des ulcérations situées très haut sous le voile du palais, ou très bas vers le larynx. Parfois, bien qu'il existe des concrétions couenneuses du pharynx, il y a peu de douleurs; aussi ne doit-on jamais négliger d'examiner la gorge toutes les fois que le malade se plaint de cette partie. J'ai eu à regretter dans un cas où l'entérite typhohémique était presque guérie, comme la nécroscopie la démontré, la perte d'un malade qui succomba à une pharyngite couenneuse, celle-ci aurait peut-être été arrêtée par la cautérisation, si l'on avait fait plus tôt attention à un très léger mal de gorge qui datait de la surveille.

1548. La soif a été beaucoup étudiée sous le rapport de la séméiotique. En général, dans l'état de santé, la soif se déclare lorsque le sang a perdu une partie de sa sérosité et que l'organisme et probablement le pharynx éprouvent l'influence de cette déperdition de liquide : ainsi, toutes les circonstances qui éveillent les exhalations cutanée et respiratoire, telles que la chaleur atmosphérique, un exercice violent, etc., etc., et toutes celles qui excitent l'action de l'appareil urinaire, tel que l'usage des vins blancs donnent lieu à une soif vive. Certaines substances portées sur le pharynx et surtout dans l'estomac produisent encore le même effet : tels sont les alimens salés et les liqueurs alcooliques. Ces substances paraissent souvent agir plutôt sur le sang que sur la membrane pharyngienne et stomacale. Ce n'est pas en effet au moment même où elles ont été en contact avec ces tissus, mais plus d'une heure après et lorsqu'elles sont déjà ab-

sorbées, au moins en partie, quelles éveillent le sentiment de la soif. Cependant certains alimens portent à boire davantage; mais c'est plutôt en donnant aux boissons un goût agréable qu'ils en font prendre une plus grande quantité qu'en causant une soif réelle; c'est ainsi qu'on boit avec plaisir du vin avec les huîtres, et qu'on ne serait guère porté à faire usage de l'eau, qui cependant appaise si bien la véritable soif. Sans nier donc que l'excitation du pharynx ou de l'estomac influe sur cette sensation, je crois pouvoir établir en fait que celle-ci est le plus souvent en rapport avec l'état général du sang. Du reste, la moindre réflexion sur les usages de la soif, et sur les circonstances où elle naît, doivent faire pencher vers cette opinion.

1549. Ces considérations physiologiques sont entièrement applicables à l'état pathologique : la soif se déclare avec intensité, lorsque, dans une maladie quelconque, la sueur a été abondante. Exemple : L'hémo-arthrite (arthrite spontanée aiguë), la stade de sueur dans les fièvres intermittentes, etc.; la soif est surtout très marquée, lorsque la fréquence de la respiration augmente la perspiration pulmonaire et bronchique, et qu'en même temps la peau est couverte de sueurs ; exemple : La pneumonite, la réaction fébrile quotidienne dans la pneumopathie tuberculeuse. La soif est excessive lorsque le rein secrète une énorme quantité d'urine; exemple : Le diabétès. Elle est très intense, lorsque des évacuations alvines fréquentes et aqueuses diminuent la sérosité du sang; exemple : certaines colites, le choléra typhohémique. Elle est portée à un très haut degré, lorsque le sérum est déposé dans de grandes cavités naturelles, et qu'un obs-

tacle quelconque à la circulation rend son absorption difficile ou impossible; exemple : l'hydropéritonie, l'œdème, etc. Elle est non moins vive à la suite des hémorrhagies considérables ou de l'évacuation abondante de beaucoup de sérosité, par suite de l'application de vésicatoires. On trouve bien la soif développée à la suite de la gastro-entérite; mais c'est surtout lorsque cette affection coexiste avec des sueurs ou du dévoiement. On ne voit pas que la pharyngite soit plus qu'une autre affection accompagnée d'une soif vive. Seulement le malade désire alors des boissons fraîches pour calmer la sensation de chaleur qu'il éprouve dans la gorge (1).

1550. Il résulte de tout ceci que, dans l'état de maladie, la soif indique en général le besoin de réparer, par les boissons, une perte de sérosité qu'a éprouvé le sang. Il est sans doute possible qu'elle soit souvent en rapport avec un état inflammatoire de l'estomac; mais ce n'est pas toujours alors par une relation directe entre cet organe et la gorge, qu'il en arrive ainsi; mais bien par les changemens que l'affection du tube digestif détermine dans la circulation et le sang, et par les modifications que le pharynx éprouve ultérieurement. Ainsi la soif n'est pas un signe primitif et positif de gastrite ou de gastro-entérite.

1551. Si la soif est souvent augmentée, d'autres fois, aussi, elle est diminuée; mais cette diminution est rarement notée, par ce qu'elle n'a rien de dangereux, et de plus, il ne faut pas confondre avec elle, d'une part, l'oubli de demander à boire, qui

(1) Toutes ces propositions sont d'accord avec un relevé de deux cents observations dans lesquelles la soif avait été notée. Ce tableau était assez analogue à celui qui a été établi précédemment sur le pouls (594).

ayant lieu dans l'encéphalopathie, simule le défaut de soif; et de l'autre, la paresse de faire cette demande à laquelle les malades sont sujets, lorsque la langue est desséchée.

1552. La soif présente quelques modifications dans certaines maladies. L'hydrophobie a reçu un nom fondé sur l'aversion que les malades éprouvent pour les liquides. Ce symptôme n'est pas spécial à la rage, mais a quelquefois lieu dans l'hystérie. A la clinique de l'Hôtel-Dieu, un épileptique, pendant ses accès, était hydrophobe (*Bulletin clinique n°* 65). On dit que dans les maladies bilieuses, la soif est ardente; mais il faudrait d'abord bien s'entendre sur les affections que l'on désigne ainsi : à coup sûr l'ictère est une maladie bilieuse, et la soif y est souvent presque nulle.

1553. On assure encore que toute soif, qui n'est pas en rapport avec les autres symptômes, annonce du danger « soit que le malade ne demande pas à boire quand la *chaleur* est très forte, ou bien au contraire, que la langue et la bouche étant humides, la soif soit néanmoins très vive. » Or, il résulterait d'une multitude d'observations recueillies à la Clinique que, dans des cas où l'aspect de la langue était à peu près normal et où la soif était très vive, le malade n'était point en péril.

1554. Nous parlerons de la nausée à l'occasion du diagnostic des états organo-pathologiques de l'estomac

1555. Dans l'état normal, l'œsophage ne donne guère lieu à d'autres sensations que celles qui proviennent du passage d'un corps trop chaud ou trop volumineux dans ce conduit. Dans l'état normal, il est le siége de diverses sensations :— d'abord il faut noter la douleur dont il est le siége lorsqu'il est enflammé ou qu'un corps étranger le blesse; rarement est-elle excessive. Elle augmente surtout

à l'occasion de la déglutition. Le malade juge assez bien lui-même de la hauteur à laquelle elle a lieu. Pour s'en assurer mieux, le médecin fait avaler quelques liquides, et, par le temps qui s'écoule entre le commencement de cette déglutition et l'époque où la douleur a lieu, il reconnaît approximativement la distance à laquelle le point affecté se trouve de la bouche. Le cathétérisme œsophagien serait encore bien autrement positif pour s'assurer du siége de la sensation pénible. Les douleurs de l'œsophage, lorsqu'elles sont récentes, annoncent souvent que, pendant la déglutition, un corps étranger a blessé le conduit. Si elles vont en diminuant d'un instant à l'autre, il y a lieu de croire que ce corps n'a pas séjourné ; si elles persistent au même degré, et qu'elles se soient déclarées pour la première fois pendant la déglutition, il faut craindre qu'il ne soit resté quelque chose dans l'œsophage ; si elles continuent pendant très longtemps, si elles sont rebelles aux moyens ordinaires, et surtout si la déglutition devient mécaniquement difficile, il faut redouter une lésion organique et un retrécissement.

1556. Aux douleurs œsophagiennes, il semble qu'il faille rapporter la sensation du globe hystérique. Celle-ci a lieu dans toute l'étendue de ce conduit, et le sentiment de constriction qu'éprouvent les femmes dans ce cas paraît n'être pas une sensation fausse, mais bien le résultat d'une contraction spasmodique de l'œsophage. Celle-ci paraît se faire de bas en haut, depuis l'orifice supérieur de l'estomac jusqu'au pharynx. Ce n'est pas, en effet, dans le larynx, mais plus profondément que la femme paraît souffrir, et la sensation qu'elle éprouve est bien plutôt un resserrement, une constriction qu'un étouffement véritable. Cette sensation bisarre qui se retrouve rare-

ment sur l'homme, mais qui, dans trois faits que je possède, s'est manifestée sur des individus de ce sexe, à l'occasion de passions amoureuses ou de la masturbation portée très loin, indique en général que la portion de système nerveux, dépendante de l'appareil génital, souffre d'une manière plus ou moins vive.

1557. Les mouvemens de déglutition, dans l'état normal, sont d'une grande facilité d'exécution. Il est cependant certaines personnes qui n'avalent les liquides qu'avec peine, et qui sont parfois sujettes à ce que ces liquides pénétrent dans les voies aériennnes. Dans l'état anormal, la douleur rend la déglutition difficile ou impossible; nous en avons parlé. D'autres fois c'est une tumeur qui gêne cette action. Dans d'autres cas encore, celle-ci est entravée par l'anervie (paralysie) du pharynx. Les mouvemens de l'œsophage se font quelquefois de bas en haut, et par conséquent dans un sens contraire à l'ordre physiologique. Ceci a lieu dans le vomissement. La régurgitation œsophagiennne et pharyngienne a quelquefois lieu lorsque la digestion se fait difficilement et lentement. En général, lorsque les alimens remontent ainsi incomplétement digérés dans la bouche, il faut songer à une lésion organique possible du pylore, et diriger ses recherches dans ce sens. Souvent, en effet, la régurgitation est la conséquence, soit d'une tumeur développée vers l'orifice inférieur de l'estomac, soit de la distension de ce viscère par des alimens qui y séjournent, soit de toute autre lésion de l'estomac. La régurgitation peut aussi résulter d'une lésion de l'œsophage lui-même, et tantôt celle-ci consiste dans une contraction spasmodique, tantôt dans un rétrécissement organique. Ici existe un caractère qu'il ne faut pas oublier; c'est

que dans la régurgitation, dont la cause est dans l'œsophage, les alimens remontent dans le pharynx immédiatement après leur introduction. Par le temps que ces substances mettent à remonter, on peut, même approximativement, juger de la profondeur à laquelle la lésion œsophagienne est située.

1558. On a signalé, comme symptômes ou comme signes de maladie, certaines altérations de fonctions du pharynx. Ainsi, on a noté : 1° que *l'accélération* de la déglutition avait quelquefois lieu dans l'hydrophobie; 2° que sa *difficulté* ou son *ralentissement* (dysphagie) qui tantôt, comme dans l'angine se manifeste surtout lorsqu'on avale des solides, et d'autres fois, comme dans l'anervie (paralysie), a surtout lieu pour les liquides, peut se rencontrer comme maladie principale, ou comme symptôme de toute tumeur développée sur le trajet du pharynx ou de l'œsophage; 3° que l'*impossibilité* d'avaler était une nuance en plus des cas précédens; 4° que l'action continuelle et spontanée des muscles chargés de la déglutition et que la pénétration des alimens dans les narines etc, sont les symptômes de plusieurs affections dites nerveuses; 5° que la rumination enfin ou l'ascenscion de quelques alimens de l'estomac dans la bouche, qui y sont ensuite triturés de nouveau, (affection sur laquelle un élève de la faculté qui en était atteint, a fait une thèse remarquable), est tantôt un symptôme de digestions difficiles, quelle qu'en soit la cause, et d'autres fois existe indépendamment de toute lésion appréciable de l'estomac.

1559. Les corps étrangers engagés dans le pharynx peuvent boucher complètement ou partiellement l'orifice laryngien. Dans ce dernier cas, l'oblitération de cet orifice peut être en quelque sorte complétée par les liquides qui s'accumulent dans la gorge, par

suite de la difficulté que la présence du corps étranger détermine dans la déglutition. Alors l'anhématosie peut être imminente; c'est ce qui avait lieu en 1820 sur un officier: une clef volumineuse avait été portée, dans une intention de suicide, jusque dans le pharynx, et donnait lieu aux accidens d'encéphalohémie (congestion cérébrale) des plus graves; les symptômes étaient fort peu propres à révéler la nature de la lésion existante; aucune parole ne pouvait être proférée. Ce ne fut qu'un geste du malade, semblable à celui d'un homme qui cherche à ouvrir une porte et que la vue du mot clef, fort mal écrit, joints au souvenir de la mort de l'infortuné Gilbert, qui me firent reconnaitre la cause du mal; M. Roux parvint à extraire ce corps étranger. *Journal général de médecine*, 1820).

1560. Les maladies du pharynx déterminent dans les autres organes des symptômes très variés et très nombreux. La pharyngite, quel que soit son siège et l'amygdalite, troublent la circulation, l'accélèrent et lui impriment des modifications, soit en altérant directement cette fonction, soit en gênant la respiration, soit en causant de la douleur qui modifie le système nerveux et partant, tous les autres appareils organiques. La polyhyperhémie se lie souvent à la pharyngite qui en est fréquemment la conséquence; l'hémite, et par conséquent l'état fébrile, co-existent fréquemment aussi avec l'inflammation du pharynx, et cela soit comme cause, soit comme effet. La respiration se trouble, soit parce que la circulation est altérée, soit parce que les amygdales tuméfiées gênent plus ou moins l'introduction de l'air, soit parce que la pharyngite se propage à l'ouverture gutturale du larynx; soit encore parce que des membranes accidentelles s'étendent dans les voies aériennes et y

déterminent les plus funestes accidens ; soit enfin parce que la déglutition incomplètement exécutée, ne parvient pas à empêcher les liquides de pénétrer dans le larynx. L'inappétence, les nausées et plusieurs autres symptômes gastro-intestinaux se déclarent souvent dans les inflammations gutturales, tantôt par suite de l'extension de la phlegmasie au tube digestif par l'œsophage, tantôt parce que la salive ou les alimens cessent d'arriver vers l'estomac ; d'autres fois encore parce que la circulation et la respiration ne peuvent être modifiées dans la pharyngite sans que le tube digestif ne le soit à son tour. Des relations organiques semblables, décident aussi de l'apparition de symptômes cérébraux ; mais de plus, les accidens locaux causés par la tuméfaction des amygdales et par la congestion de la face peuvent aussi donner lieu à une encéphalohémie, etc. Tels sont quelques-uns des symptômes généraux dans les maladies aiguës du pharynx ; s'il fallait mentionner tous les accidens ultérieurs dont ces affections peuvent être accompagnées, il faudrait de beaucoup sortir du cadre de cet ouvrage.

1561. Les affections de l'œsophage, bien que moins connues, se prêtent aussi à des considérations du même genre que les précédentes. De plus, toute lésion organique de l'œsophage telle qu'elle empêche la déglutition des alimens, détermine la mort par inanition ; des corps étrangers introduits dans l'œsophage s'arrêtent fréquemment à la partie inférieure du cou, sur le point où le conduit se dilate légèrement et y déterminent parfois un sentiment de suffocation dont la cause anatomique est évidente : c'est que la trachée artère n'est pas protégée en arrière par des cerceaux cartilagineux et que le corps étranger qui dilate l'œsophage, déprime en même temps la membrane trachéale et rétrécit le conduit de l'air.

## DIAGNOSTIC

SPÉCIAL ET COMPARATIF DES ÉTATS ORGANO-PATHOLOGIQUES DU PHARYNX ET DE L'OESOPHAGE.

1562. 1° *Pharyngopathie, œsophagopathie* (souffrances du pharynx et de l'œsophage en général) Toute altération dans la situation, dans les fonctions etc., du pharynx ou de l'œsophage donnant lieu à des phénomènes morbides, mérite cette dénomination.

1563. 2° *Pharyngohémie, amygdalohémie* (congestions sanguines du pharynx ou des amygdales). Rougeur et tuméfaction plus ou moins marquées de ces parties, avec peu ou point de douleur, coïncidant en général avec une polyhyperhémie. Elles se manifestent souvent chez la femme à l'époque de la menstruation, et se dissipent parfois du jour au lendemain, à la suite d'une hémorrhagie ou de toute autre grande évacuation,

1564. 3° *Pharyngite, amygdalite* (inflammation du pharynx ou des amygdales), douleur, rougeur, chaleur, tumeur, plus ou moins marquées dans ces parties, et accessibles aux divers modes d'exploration. La teinte des organes malades est susceptible ici d'une foule de nuances, depuis la teinte rosée jusqu'à celle d'un rouge livide; tantôt elle a lieu par plaques, tantôt elle est uniformément répandue (*V.* 1523). Elle peut être accompagnée de la formation de membranes accidentelles (pharyngite couenneuse) dont la couleur, l'épaisseur et la consistance varient, les caractères de ces productions ont été exposés avec détail à l'occasion de l'inspection du pharynx (n° 1524, 1525, 1526). Ces membranes ont de la tendance à s'étendre vers le larynx, et le danger dont leur formation est accompagnée est grand, à cause

du voisinage du conduit de l'air. Dans d'autres cas beaucoup moins graves, les substances déposées sur le pharynx et les amygdales sont d'une couleur et d'une consistance caséeuse (pharyngite pultacée). Soit qu'il y ait excès d'inflammation, soit à cause de la nature spéciale de celle-ci, ou de sa longue durée, ou par suite de la persistance d'une cause mécanique (telle que la pousse des dents); parfois à la pharyngite il se joint des ulcérations dont l'étendue et la profondeur varient, ou bien encore, quoique rarement, des escharres gangréneuses qu'il est souvent difficile de distinguer des productions couenneuses. Cependant ces escharres sont plutôt déprimées que saillantes, elles paraissent en général noirâtres, et leur odeur rappelle celle de la nécrosie (gangrène), quelque part qu'elle ait son siége. La tuméfaction est surtout marquée dans les amygdales, pour peu que celles-ci soient enflammées. A ces symptômes locaux se joignent fréquemment des phénomènes du côté, soit de la circulation (accélération du pouls, fièvre); soit de la respiration (toux, dyspnée, etc.), et cela a surtout lieu lorsque la maladie a son siége au voisinage de l'orifice guttural du larynx; soit du tube digestif (inappétence, vomissemens, etc.) soit des centres nerveux (symptômes divers d'encéphalopathie) etc. L'intensité des accidens généraux dans la pharyngite correspond le plus souvent à celle des phénomènes locaux, et varie en raison de la forme plus aiguë (hyperpharyngite) ou moins aiguë (hypopharyngite) qu'elle présente.

1565. 4° *Amygdalotrophie* (développement anormal des amygdales). Elle se reconnaît par l'inspection et par la palpation de la gorge et du cou. Une seule et d'autres fois les deux amygdales sont volumineuses, et souvent il n'y a qu'une de leurs parties qui

le soit, en effet. L'amygdalotrophie, quand elle est modérée et exempte d'inflammation actuelle n'est pas douloureuse; mais portée à un certain point, elle gêne presque constamment les fonctions des organes voisins; celles : des fosses nasales, en mettant obstacle au passage de l'air; du pharynx en rendant la déglutition difficile; du larynx en altérant la voix d'une manière spéciale et en faisant perdre à celle-ci ses tons les plus aigus.

1566. 5° *Pharyngorrhagie* (hémorrhagie pharyngienne). L'écoulement du sang par le pharynx en est le signe principal, et le seul qui caractérise cette espèce d'hémorrhagie, qui est beaucoup plus rare que la rhinorrhagie. Il faut prendre garde de confondre la pharyngorrhagie avec l'écoulement de sang qui provient de la bouche (1514), des fosses nasales (921), du larynx (998), des bronches (1113) ou de l'estomac (v. gastrorrhagie).

1567. 6° *Œsophagite*, douleur dans le trajet de l'œsophage augmentant par la déglutition; sensation de chaleur, quelquefois de pulsations, d'étranglement. Lorsque le malade veut avaler, régurgitation œsophagienne. Un corps étranger entretient-il l'œsophagite? le cathétérisme le fait reconnaître; symptômes généraux, troubles de circulation, de respiration, de digestion, d'innervation, etc.; tels sont les principaux caractères de l'œsophagite.

1568. 7° *Œsophagialgie* (œsophagisme de quelques médecins). Sensation quelquefois très douloureuse, consistant souvent en un sentiment de constriction, d'étranglement, de suffocation qui, s'élevant de l'estomac vers le pharynx, s'arrête plus ou moins près de celui-ci, ou s'y propage, et fait croire au malade qu'une boule ou qu'un poids remonte vers la gorge et va l'étouffer. Souvent cette affection alterne avec

d'autres névralgies et succède fréquemment à celle de l'utérus (métralgie) dont elle est fréquemment un des symptômes les plus saillans. Le plus ordinairement elle revient par accès.

1569. 8° *Œsophagiarctie*, diminution dans le calibre de la cavité œsophagienne sur un des points de son étendue. Vomissemens œsophagiens, c'est-à-dire, qui se manifestent avant que les alimens ou la salive aient pu parvenir dans l'estomac. Pour qu'on puisse craindre un rétrécissement de l'œsophage, il faut que le symptôme dont il s'agit ait quelque durée; pour qu'on puisse affirmer qu'il existe, il faut que le cathétérisme, pratiqué avec une sonde volumineuse, ait fait reconnaître cette lésion organique. La distance à laquelle il se trouve est annoncée par la profondeur à laquelle l'instrument explorateur peut parvenir. L'étendue, la forme, le degré du rétrécissement pourraient être appréciés par des porte-empreintes emplastiques, analogues à ceux que Ducamp employait pour le canal de l'urètre. La résistance que le cathéter éprouverait ferait juger du degré de dureté des tissus qui entoureraient le point rétréci. La liberté plus ou moins grande avec laquelle la sonde parcourerait l'œsophage au dessus du rétrécissement, indiquerait dans quelques cas, la dilatation que le conduit pourrait éprouver sur ce point. Le dépérissement et le marasme, suite de l'inanition, sont d'ailleurs des symptômes inévitables de l'œsophagiarctie parvenue à un degré avancé.

## § 3. *Exploration de l'estomac.*

1570. L'INSPECTION de l'estomac ne se rapporte guère qu'aux apparences diverses présentées par l'é-

pigastre. Ce n'est même que sur des gens très maigres, qu'il est possible de saisir les variations de forme de l'estomac. Voici cependant quelques faits plus ou moins applicables au diagnostic des maladies de ce viscère : — 1° Sur une personne maigre, couchée sur le dos, et dont le ventre n'est pas météorisé ou distendu par toute autre cause, l'épigastre forme, lorsque l'estomac est vide, une dépression remarquable au-dessous du niveau de l'appendice xiphoïde et du rebord costal. Lorsqu'au contraire l'estomac est rempli d'alimens, l'épigastre est saillant, bombé, et le plus souvent la convexité qu'il présente est assez bien limitée en bas par la première des intersections aponévrotiques du muscle sterno-pubien. Il arrive même dans des cas de dilatation portée plus loin, que le côté gauche de l'épigastre et que les côtes asternales gauches sont légèrement soulevés de ce côté —2° Dans l'état pathologique les faits sont bien autrement manifestes et en quelque sorte exagérés : ainsi, dans certains cas où les alimens n'arrivant pas, ou ne séjournant pas dans l'estomac, l'inanition devenait extrême, l'épigastre présentait une dépression telle, que les parois semblaient toucher à la colonne vertébrale, et tout l'abdomen paraissait être arrivé au même degré d'émaciation, alors, il existait à peine des gaz dans le tube digestif. Cet état du ventre se retrouve souvent dans les ulcérations carcinomateuses de l'estomac et en est quelquefois un signe qui d'ailleurs est fort incertain. — 3° Lorsque par suite d'un rétrécissement de l'orifice inférieur de l'estomac (gastroarctie pylorique) ou de toute autre cause, des alimens ou des gaz s'accumulent dans cet organe au point de le dilater outre mesure, celui-ci forme, sur les sujets amaigris, une saillie bombée, très considérable, et qui s'étend souvent au loin vers l'abdomen. Parfois la forme

du ventre se trouve ainsi singulièrement modifiée. Dans un cas où les parois étaient très minces, j'ai vu l'estomac ainsi dilaté, présenter à l'extérieur une forme en quelque sorte étranglée à sa partie moyenne, ce qui rappelait assez bien la disposition en bissac qu'on a dit lui appartenir, et la disposition qu'il affecte sur certains animaux. Sur une vieille femme, la saillie formée par l'estomac, semblait s'étendre jusque vers le bassin, et des moyens de diagnostic plus certains mettaient ce fait au-dessus de toute contestation. — 4° Lorsque les mouvemens de l'estomac dilaté s'opèrent, il est possible, sur certains sujets, de les apercevoir à l'œil nu. Sur un malade, on observait, quelques heures après l'ingestion des alimens dans l'estomac, d'ailleurs très dilaté, un léger mouvement d'ondulation, qui, augmentait d'intensité à mesure qu'il se répétait, et qui, partant de la partie gauche de l'épigastre, s'étendait progressivement à droite, et se renouvelait à peu-près toutes les deux minutes ; en même temps des douleurs assez vives se faisaient sentir. L'homme qui présentait ces phénomènes, et qui mourut quelques temps après, était atteint d'une coarctation presque complète de l'orifice pylorique, et les fibres musculaires de l'estomac avaient acquis une grande épaisseur. On voit encore parfois des mouvemens du même genre, et la saillie de l'épigastre précéder le vomissement, qui n'a guère lieu que lorsque les muscles abdominaux réunissent leur action à celle de l'estomac.

1571. L'inspection de l'estomac à l'extérieur pourrait faire reconnaître la pénétration d'une plaie : tel serait le cas où les matières soit liquides, soit solides, ingérées dans le viscère, sortiraient par la blessure. L'inspection de l'estomac par la surface interne ne serait applicable que s'il existait une *perforation* si-

multanée de cet organe et des parois réunis par des adhérences. On cite quelques faits de ce genre, dont le plus remarquable a été observé, il y a quelques années, à la Charité, et a permis d'examiner l'état de la membrane muqueuse gastrique pendant la digestion.

1572. LA PALPATION de l'estomac se fait sur les points des parois qui correspondent à ce viscère; c'est-à-dire sur l'épigastre, les hypochondres, les parties voisines de l'ombilic et quelquefois sur tout l'abdomen. Cette palpation est du reste fort difficile à bien exécuter. Le malade est placé dans la position dont il a été parlé à l'occasion de l'aorte abdominale (455). Dans les derniers temps cette position a été avantageusement modifiée pour un de nos malades. Il s'agissait d'un cas où les muscles abdominaux étaient tellement contractés qu'il était impossible de les faire relâcher, quelque fût d'ailleurs l'état de demi-flexion de la tête et des extrémités : plus on entraînait ces parties en avant, et plus les muscles semblaient se raidir et rapprocher leurs extrémités. On plaça alors les mains de deux aides sous le bassin, et on rapprocha celui-ci vers le thorax, de telle sorte que la crête de l'os devînt très voisine du rebord costal; alors les muscles droits se relâchèrent assez pour être dépressibles, et d'ailleurs, les mains passés au-dessous d'eux, en pressant sur les muscles latéraux de l'abdomen, permirent de palper profondément la région où l'estomac avait son siége : à coup sûr, ce procédé pourrait avoir plus d'une application utile. Quelquefois aussi il est avantageux d'explorer l'abdomen, comme M. Cruveilhier a proposé de le faire pour le rein; c'est-à-dire, de faire coucher le malade, le ventre étant tourné vers le lit, et le poids du corps reposant sur les genoux et les coudes : de cette manière, la main de l'explorateur palpant l'épigastre arrive souvent jusqu'à la plus grande profondeur.

1573. La palpation de la région épigastrique peut être superficielle ou profonde : dans le premier cas, la main, appliquée très légèrement, juge assez nettement du degré de sensibilité de la portion d'estomac qui touche aux parois abdominales. Par la résistance qu'elle éprouve, elle fait quelquefois reconnaître des indurations dont le viscère, ou l'épiploon peut être le siége. Si l'on porte de droite à gauche ou de haut en bas, la main appliquée à plat sur la surface de l'épigastre, on peut sentir encore les inégalités ou les duretés que présentent les parties. Il faut prendre garde dans ces mouvemens d'allée et de venue de prendre, comme cela est arrivé, à ma connaissance à des hommes, d'ailleurs forts instruits, pour des productions anormales, les muscles abdominaux contractés. Le principal moyen d'éviter cette lourde méprise, est de comparer la sensation que donne au palper la paroi abdominale, soit d'une part pendant le relâchement et la demi-flexion, soit, de l'autre, dans la position inverse. Dans ce dernier cas, en effet, les duretés et les inégalités produites par les muscles sont bien plus manifestes que dans le premier. Remarquez que la palpation superficielle de la région de l'estomac fait quelquefois croire que des tumeurs de cet organe sont plus extérieures que cela n'a lieu, et porterait à penser qu'elles sont sous-tégumentaires, tandis qu'au contraire, il y a des muscles interposés entre ces tumeurs et la peau.

1574. La palpation profonde de l'estomac se fait de la même manière que celle de l'aorte abdominale et se prête à des considérations du même genre (456). Ici, toutefois, c'est non-seulement sur la ligne médiane qu'il faut rechercher les tumeurs qui peuvent exister, mais c'est aussi sur les parties latérales à la ligne blanche. Pour palper l'estomac avec fruit, il

est encore utile de bien s'assurer par la palpation, et mieux encore par la percussion des points où le foie et la rate se terminent par en bas, circonstances du plus haut intérêt pour apprécier les rapports de ces viscères.

1575. La palpation de l'estomac peut apprendre, 1° à juger du degré de sensibilité de cet organe, soit dans sa partie antérieure si l'on explore à la superficie, soit dans sa région postérieure si l'examen se fait profondément; 2° à apprécier le degré de chaleur des tégumens qui recouvrent l'estomac; 3° à reconnaître les tumeurs variées qui peuvent s'y être développées; 4° à soupçonner le volume de l'estomac lorsqu'il est très plein d'alimens ou de liquides et lorsque le malade ayant des parois abdominales maigres et molles, la main de l'explorateur saisit la forme globuleuse que le viscère présente.

1576. La palpation donne lieu, dans quelques cas de réplétion de l'estomac par des liquides, à la fluctuation. Ce n'est guère qu'à l'aide du procédé de M. Tarral que l'on peut obtenir ce symptôme. Le malade étant couché sur le côté gauche du corps, un ou deux doigts sont placés sur l'un des points où l'on croit que l'estomac plein de liquides correspond par en bas. Les doigts de l'autre main donnent un petit coup sec qui communique au liquide une impulsion sentie par la première main. Ce moyen de diagnostic n'a pas encore été appliqué un assez grand nombre de fois pour qu'on puisse encore le juger; mais ici comme dans tout autre mode d'exploration, il est à croire qu'avec de l'habitude on en pourrait tirer beaucoup de parti.

1577. LA PALPATION de l'estomac peut être MÉDIATE, c'est-à-dire, qu'à la rigueur, il serait possible de porter dans l'estomac par l'œsophage, un cathéter, et

cela dans l'intention de juger de l'état du premier de ces organes. Cette opération difficile et délicate aurait peut-être quelques applications pratiques.—Il semblerait qu'elle devrait avoir de l'utilité si l'on se servait d'une sonde susceptible, à l'aide de quelque moyen mécanique, d'être recourbée dans le viscère. Il est probable que ce procédé fournirait les moyens d'arriver à reconnaître, dans certains cas, le degré de retrécissement de l'orifice pylorique, surtout si le sujet était assez maigre, les muscles et les tégumens assez mous, pour permettre à une main placée au dehors de diriger le bec de la sonde vers le pylore. Cette idée pourrait avoir quelque application en thérapeutique. D'ailleurs, ce qui a été dit précédemment du cathétérisme œsophagien trouve ici son application; les principaux documens que pourrait fournir le cathéterisme de l'estomac, se rapporteraient au diagnostic des maladies des orifices de ce viscère.

1578. La PERCUSSION de l'estomac a été étudiée ailleurs (1) avec soin; il suffit de rappeler ici les faits principaux auxquels elle a conduit.

1579. La percussion directe de l'estomac présente peu d'utilité; elle ne peut se faire que superficiellement. La mollesse des parois épigastriques s'oppose à ce que les résultats qu'elle donne soient évidens ou positifs; la plessimétrie est, pour cet organe ainsi que pour les intestins, de beaucoup préférable à la percussion médiate pratiquée sur le doigt.

1580. Le son que fournit l'estomac lorsqu'il ne contient que des gaz est très clair; le doigt qui percute cet organe n'éprouve pas de résistance, mais bien un sentiment d'élasticité très marqué.

(1) Voyez le traité de la Percussion médiate et le Procédé Opératoire.

1581. Quand l'estomac est plein d'alimens ou de liquides, le son qu'il donne est beaucoup plus mat, et la sensation d'élasticité y devient presque nulle.

1582. Quand du gaz et des liquides se trouvent à la fois dans l'estomac, ceux-ci en occupent la partie déclive et, conformément aux lois de la pesanteur, leur couche supérieure y est disposée sur une ligne de niveau; sur cette ligne, un peu au-dessus et au-dessous d'elle, quelquefois même dans tout l'espace rempli d'air, se trouve le bruit humorique ou hydro-pneumatique; la matité des liquides se rencontre au-dessous; la sonoréité et l'élasticité du gaz au-dessus.

1583. Si l'on change la position du malade, les liquides gagnent la partie la plus basse; dès lors la matité, l'élasticité, le bruit hydro-pneumatique changent de place et cela toujours conformément aux lois de la pesanteur.

1584. Tous ces caractères de son, et tous les changemens de place qu'ils affectent en raison des positions variées, correspondent très exactement à l'espace occupé par l'estomac, de telle sorte, qu'au-dessus, au-dessous et sur les côtés de celui-ci, se retrouvent les sons propres aux autres viscères adominaux et qui ne varient pas en raison du changement d'attitude.

1585. Ces caractères joints aux suivans servent à faire reconnaître, à coup sûr, l'espace occupé par l'estomac, et le degré d'étendue qu'il affecte dans l'abdomen.

1586. Pour distinguer si ces variations de son ont bien lieu dans l'estomac et non dans un viscère ou dans un kyste contenant des liquides, il faut faire boire le malade, et percuter avant et après sur l'endroit qu'on examine. Dans le cas où il s'agit de l'estomac, on verra après l'ingestion des liquides, la matité s'étendre dans un plus grand espace, devenir plus

marquée ; le niveau s'élevera, et tous les doutes seront éclaircis.

1587. Les sons que donne l'estomac se trouvent ordinairement à l'épigastre, dans l'hypochondre gauche, et à droite au-dessous du foie. Il est des cas où cet organe se rencontre jusque dans le bassin.

1588. Pour bien limiter les points occupés par l'estomac et pour bien circonscrire son étendue, il faut percuter d'abord le foie, le cœur, la rate, et bien apprécier la dimension de ces parties. On se rappellera aussi que le foie s'abaisse plus ou moins dans le coucher sur le côté gauche.

1589. Quand on veut juger de la quantité de liquides contenus dans l'estomac, on doit faire coucher le malade plutôt sur le côté droit que sur le gauche, parce que l'extrémité droite de ce viscère est plus étroite que la gauche, et qu'une même quantité de liquide s'y élève à une plus grande hauteur. Il sera encore utile dans cette recherche, de placer le malade dans diverses positions, et même de le faire reposer sur les genoux et les coudes : de cette sorte on examinera et on percutera la partie de l'estomac en contact avec les parois abdominales, et qui, devenue déclive dans une attitude nouvelle, contiendra les liquides gastriques.

1590. Lorsque l'estomac est le siège d'une tumeur solide, le doigt qui le percute y trouve de la dureté et de la matité; si cette tumeur occupe la partie antérieure de l'organe, et si des gaz se trouvent situés derrière elle, la percussion faite légèrement et sans appuyer beaucoup le plessimètre, donne un son mat; celui-ci est remplacé par un son plus clair, lorsque l'instrument est percuté avec plus de force. Lorsque le plessimètre déprime assez la tumeur pour l'accoler à la paroi postérieure du ventre, le son qu'elle

donne est mat et cette matité varie en raison de la densité de cette même tumeur.

1591. Quand une tumeur de l'estomac occupe la face postérieure de cet organe et que des gaz séparent la partie antérieure du viscère de cette production anormale, la percussion faite sur le plessimètre légèrement appliqué, donne un son clair, tandis qu'en déprimant davantage on trouve la matité due à la tumeur.

1592. Les applications cliniques qui ont été faites des résultats précédens sont très nombreuses : 1° dans beaucoup de cas, la plessimétrie a fait juger du siége et de l'étendue de l'estomac. Ainsi, M. Fabre a reconnu que cet organe était contenu dans une hernie scrotale. 2° Sur beaucoup de malades dont l'épigastre était douloureux, et sur lesquels il était important de savoir si le foie, l'estomac ou bien l'intestin étaient le siége de la maladie, la percussion, en démontrant la présence de l'un de ces organes sur le point endolori, a précisé le diagnostic, et éclairé la thérapeutique. 3° Sur un très grand nombre de sujets, il était indispensable de déterminer si l'estomac était vide ou plein d'alimens; or la percussion médiate a résolu la difficulté (Scelles-Montdesert, Delouey), etc. 4° Lorsque la suffocation était imminente, on a trouvé, par la percussion, que l'estomac avait fortement porté, par en haut, le cœur, les poumons, et qu'il gênait la respiration : ce sont de tels résultats qui ont conduit à l'étude de l'anhématosie pas suite du refoulement du diaphragme (*Méd. prat.*), et à des indications thérapeutiques du premier ordre. 5° Ailleurs, on a reconnu, pendant la vie, la très grande étendue de l'estomac et le séjour prolongé qu'y faisaient les alimens : de là le diagnostic probable, bien qu'il n'y eût pas de vomissemens, de pylorarcties

(rétrécissement du pylore). 6° Les mêmes faits ont servi à distinguer le défaut d'appétit dû à ce que les alimens séjournaient dans l'estomac sans en être expulsés par le pylore, d'autres cas où l'organe restait vide ou contenait peu de liquides. 7° On a apprécié la durée de la digestion stomacale sur certains individus, et la facilité avec laquelle ils digéraient des substances variées, en percutant d'abord immédiatement, après l'ingestion des alimens dans l'estomac et en renouvelant les mêmes recherches dans les heures suivantes, et, lorsqu'on croyait que la digestion était terminée. 8° On a souvent trouvé, par l'usage du plessimètre, des liquides accumulés dans l'estomac, même lorsqu'on ne soupçonnait pas qu'il en fût ainsi. Ceci a conduit à l'emploi judicieux des émétiques ou des purgatifs : c'est ce qui est arrivé, par exemple, à M. Voisin, de Limoges, dans une épidémie de *fièvres* dites *bilieuses* (*Gazette médicale*). 9° Dans beaucoup de cas, en limitant exactement l'estomac et les tumeurs que la palpation et la percussion y découvraient, on est parvenu à saisir les rapports de contiguité ou de continuité de celles-ci et du foie, d'où l'on a tiré quelques inductions diagnostiques et pronostiques plus ou moins utiles. 10° Par le degré de matité des tumeurs gastriques, on a jugé de leur épaisseur.

1593. Le champ des observations de ce genre est loin d'être épuisé. Il arrivera peut être un temps où des opérations pourront être faites à l'estomac lui-même, et si jamais la gastrotomie pouvait être reconnue avoir quelque chance d'utilité, à coup sûr, la percussion médiate, en découvrant le siége et les rapports de l'estomac avec le foie et les parties voisines, servirait à guider les instrumens dont on pourrait se servir, etc.

1594. L'auscultation à distance, et l'auscultation médiate ou immédiate de l'estomac donnent lieu à quelques considérations cliniques. Il est d'abord utile de ne pas confondre les sons que donne le viscère avec ceux que peuvent produire les liquides et l'air contenus dans les plèvres, le péricarde, ou les intestins. Pour cela, il est quelquefois convenable de porter le stéthoscope, muni ou non de son embout, sur le point où se font entendre les bruits que l'on soupçonne avoir lieu dans l'estomac; or, ces bruits sont les suivans : 1° lors de la déglutition, et lorsqu'au moment où elle s'effectue, des quantités d'air assez considérables sont avalées, un son particulier, une sorte de *glou-glou* se fait entendre à l'épigastre. 2° Quand les digestions sont laborieuses et que beaucoup de gaz sont formés dans l'estomac, ils remontent souvent par l'œsophage, et produisent le bruit qui accompagne l'éructation et qui se passe successivement dans toute la hauteur de l'œsophage. 3° Les gaz, portés d'un côté à l'autre par suite de la péristole, font fréquemment entendre un gargouillement spécial, dont l'estomac et le premier des intestins grêles sont ordinairement le siége. 4° Lorsqu'on agite le corps d'un malade par un mouvement brusque, on entend quelquefois un bruit de flot particulier, tout à fait spécial, et très analogue à celui qu'on obtient par la succussion pratiquée dans le cas d'hydro-pneumo-thorax. A coup sûr, dans plus d'un cas, on a confondu le flot dans l'estomac avec celui qui peut avoir lieu dans la plèvre.

1595. Les applications pratiques de ces faits sont assez peu nombreuses, cependant les bruits produits par la déglutition de l'air pourraient quelquefois rendre compte de la cause de vomissemens que certaines personnes provoqueraient volontairement. M. Ma-

gendie a prouvé en effet, qu'on pouvait se faire vomir en avalant une certaine quantité d'air; 2° l'éructation abondante ou fréquente de gaz est, en général, l'indice de mauvaises digestions; 3° souvent aussi la persistance de ces éructations pendant un long temps, coïncide avec une lésion organique de l'estomac; 4° fréquemment aussi les éructations sont les conséquences de contractions musculaires ou spasmodiques des muscles abdominaux ou du diaphragme. Aussi les observe-t-on dans certaines affections névralgiques, telles que la métralgie; 5° le bruit de flot produit par la succussion de l'estomac annonce que cet organe contient à la fois des liquides et des gaz; l'étendue où il est reconnu peut faire approximativement juger de l'espace occupé par le viscère. En général, lorsqu'il existe longtemps, et qu'il se rencontre après les digestions, ce bruit indique que l'estomac est vaste, qu'il est peu contracté, que ses parois ont perdu une partie de leur ressort. Ces circonstances ont souvent lieu lorsqu'ont lieu des rétrécissemens organiques du pylore; de là, un signe probable de cette grave lésion. Il faut se rappeler cependant que ce symptôme peut se manifester sur des gens débiles, et indépendamment de toute autre lésion organique.

1596. Le flot dont nous venons de parler, est quelquefois bien plus sensible encore si l'on cherche à l'obtenir au moyen de la percussion. Il résulte quelquefois de cette manœuvre une sorte de gargouillement des liquides et de l'air, qui fournit les mêmes inductions diagnostiques que les faits relatifs à la succussion. Pour pratiquer convenablement cette recherche, il faut que la paume d'une main soit appliquée sur les parois correspondantes à l'une des extrémités de l'estomac, tandis que celle de l'autre

main est placée sur l'extrémité opposée du viscère. On exécute alors des pressions alternatives qui ébranlent les liquides et les gaz, et donnent ainsi lieu au bruit de flot. Peut-être que dans certains cas, en auscultant médiatement l'estomac, pendant qu'on recherche la fluctuation ou lorsqu'on percute, ces faits seraient-ils encore plus facilement saisis.

1597. L'EXAMEN DES LIQUIDES que contient l'estomac suppose nécessairement leur évacuation préalable; il n'est pas, à beaucoup près, aussi facile qu'on pourrait d'abord le croire, de s'assurer s'ils proviennent réellement de ce viscère. Très souvent la salive rejetée de la bouche, les liquides expulsés des voies de l'air par les efforts de toux convulsive, sont présentés par les malades comme venant de l'estomac. Il faut donc s'informer avec le plus grand soin : 1° Si c'est bien par les vomissemens que les matières ou le sang ont été vomis; 2° si ce n'est pas la toux qui a précédé leur expulsion; 3° si une simple expuition n'a pas rejeté au-dehors des fluides d'apparence salivaire. Il serait utile d'être témoin de la sortie de ces substances par la bouche, car ce serait le meilleur moyen de dissiper les doutes qu'on pourrait avoir. Dans un assez bon nombre de cas, par exemple, des individus traités en ville pour des vomissemens de matières visqueuses et claires qui avaient, disait-on, lieu chaque matin, n'avaient rien autre chose qu'un flux de salive assez copieux qui se manifestait à l'heure où on prétendait vomir. Il a suffi de voir la manière dont ces liquides étaient rendus pour se convaincre qu'il ne s'agissait que de la salive. A défaut de cet examen pendant le vomissement, on peut prier le malade d'exécuter des mouvemens du même genre que ceux auxquels il se livrait lorsqu'il rendait ainsi des liquides. Dans l'état normal, les liquides conte-

nus dans l'estomac peuvent-être formés par ce viscère : le mucus, par exemple, et le suc gastrique, s'il est vrai, ce dont il est permis de douter, que la plus grande partie de celui-ci soit autre chose que la salive avalée et mélangée avec des mucosités. Ces liquides peuvent provenir d'organes situés au-dessus du cardia : la salive, du mucus, des larmes et des substances très variées portées par la déglutition. Ils peuvent remonter du duodénum par le pylore, tels sont la bile, le fluide pancréatique et du mucus. Il paraît que dans l'état de santé parfaite, la bile ne se trouve pas dans l'estomac; mais il suffit du moindre effort de vomissement pour l'y faire refluer. Du reste, les fluides autres que la bile contenus dans l'estomac s'y acidifient le plus souvent, et cela est surtout vrai de la salive; ils contiennent des quantités notables d'acide hydro-chlorique.

1598. Or, sans qu'il y ait encore maladie, on conçoit que le vomissement peut faire rendre la plupart de ces liquides : la salive si l'on est à jeûn; la bile si les efforts sont portés assez loin; des alimens plus ou moins altérés ou chymifiés, s'il en a été pris peu de temps auparavant. De ce qu'il y aura des vomissemens de ces diverses substances à l'occasion de la titillation de la luette ou de l'action d'un vomitif, on n'en déduira pas, à coup sûr, dans les cas pathologiques, que la présence de ces liquides dans l'estomac constituait la cause de la maladie.

1599. Dans l'état anormal, les fluides rendus par le vomissement présentent des caractères très variés. L'acidité extrême des fluides muqueux qui s'y trouvent est un des accidens les plus fréquens, et cette acidité qui présente une foule de degrés est quelquefois portée si loin que la gorge et la bouche elle-même sont très irritées par leur passage. Les muco-

sités ou la salive contenues dans l'estomac et rejetées au dehors par le vomissement, sont quelquefois en très grande proportion. Leur viscosité varie. La bile qui remonte par l'œsophage présente des teintes, une concentration et des proportions très différentes suivant les cas divers. On en voit qui est à peine verdâtre ou jaunâtre, et qui colore légèrement les mucosités gastriques, d'autres fois elle est d'un vert foncé, presque noir et de consistance sirupeuse. Parfois elle est rendue en très grande quantité et d'autres fois à peine y en a-t-il quelques onces. On cite même des cas rares de vomissemens de calculs biliaires. L'amertume que le malade éprouve, la coloration jaune verdâtre des fluides et surtout leur analyse chimique qui y démontre l'existence des élémens de la bile, servent à faire reconnaître la présence de celle-ci.

1600. D'autres fois, du sang est rendu par le vomissement, et sa quantité comme son apparence varient. S'il est rejeté immédiatement après qu'il est versé dans l'estomac il est vermeil, écumeux, par suite de son agitation avec l'air dans le pharynx, et il n'est pas coagulé. Pour peu qu'il y séjourne, il devient brunâtre, noirâtre, il se solidifie et, à la longue, altéré par les sucs de l'estomac, il prend une teinte tout-à-fait noire Alors, il ressemble complètement à de la boue d'encre délayée dans les sucs gastriques. Suivant sa quantité, il est en granulations, en grumeaux, en caillots; quelquefois il reste liquide et conserve sa teinte noire. On a vu des malades en rendre plusieurs livres en peu de temps, soit par l'estomac, soit par les selles, et d'autrefois en rejeter à peine quelques petits fragmens. Du pus, de la sanie peuvent encore se retrouver dans les matières vomies.

1601. Les fluides ou les substances alimentaires vomies peuvent offrir tous les degrés de chymification,

ou être complètement tels qu'ils étaient avant leur introduction. Dans quelques cas enfin les fécès reconnaissables à leur couleur et à leur odeur sont rendus par le vomissement.

1602. Toutes ces substances peuvent être rejetées isolément, se trouver réunies dans les matières vomies, de là l'extrême variété que celles-ci présentent, et qui s'augmente encore de la quantité plus ou moins grande de gaz qu'elles sont susceptibles de contenir; ces gaz sont aussi rejetés parfois isolément, ce qui constitue l'éructation.

1603. Si vous joignez à ceci toutes les considérations qui peuvent se déduire de la présence de corps étrangers, de calculs, de vers; si vous songez à l'importance de l'examen des matières vomies (1) dans les cas d'empoisonnemens réels ou présumés, vous concevrez combien il est utile d'explorer les substances que le vomissement rejète au dehors.

1604. La valeur diagnostique des symptômes que présentent les matières vomies est très variable suivant les cas :

1605. Les vomissemens de liquides muqueux, salivaires, se manifestant chaque matin, ont lieu fréquemment sur les femmes et sur les sujets dont la digestion est languissante; mais qui ne paraissent pas être atteints de maladie grave. Cependant, MM. Andral et Pruz ont observé que ces vomissemens survenaient fréquemment comme prodrômes de maladies organiques de l'estomac. Suivant le dernier de ces médecins, ils sont l'indice d'une sécrétion anormale de la membrane muqueuse gastrique, et d'une affection des follicules muciparses, qui plus tard peut être suivie de cancer. On voit, en effet, survenir par-

(1) Voyez la Toxicologie de M. Orfila.

fois les symptômes du carcinôme de l'estomac à des gens qui ont présenté le matin des vomissemens de cette nature. Ailleurs on ne voit rien de semblable. Il m'a semblé que les fluides ainsi vomis, n'étaient souvent que de la salive préalablement avalée. On se rendrait compte des affections de l'estomac concomitantes avec ce symptôme, en remarquant que cet organe, par cela même qu'il vomit, que ce soit de la salive ou du mucus, n'en est pas moins un organe qui souffre.

1606. Les mucosités ou la salive *acides*, rendues chaque matin, et coexistantes avec des douleurs dont le siége correspond à un lieu où la percussion fait trouver l'estomac, portent à croire qu'elles sont la cause de la souffrance éprouvée par celui-ci. Le fait est encore bien plus probable si, en même temps que ces vomissemens surviennent, la gorge et la bouche sont le siége d'une sensation brûlante, et si la gastralgie cesse après leur expulsion.

1607. Les vomissemens bilieux très abondans, suivis d'un mieux être très prompt, portent à penser que ce fluide a produit les symptômes gastriques qui existaient avant qu'ils aient eu lieu. S'ils sont peu abondans, et si soulageant à peine, on trouve en même temps des signes plessimétriques qui prouvent que l'estomac contient des liquides, c'est une raison puissante pour avoir recours aux émétiques. Des vomissemens de matières bilieuses, et surtout des calculs biliaires, après de vives douleurs dans la région de la vésicule, du foie ou encore après l'ictère, s'ils sont suivis d'un soulagement instantané, sont d'un favorable augure. Des matières bilieuses, rejetées après une toux quinteuse, n'indiquent souvent rien autre chose, si ce n'est que la contraction des muscles inséparable de cette toux

a comprimé le foie et la vésicule, a fait couler la bile dans le duodenum, l'a refoulée dans l'estomac, d'où elle a été ensuite expulsée. Des vomissemens de bile, souvent répétés lorsque la percussion constate la vacuité de l'estomac, n'indiquent pas qu'il faille donner des émétiques; mais coïncide souvent avec la gêne du cours des matières dans l'intestin. L'évacuation de bile par la bouche, ne prouve pas, dans tous les cas, qu'il y ait gastrite, ou même gastropathie, puisque tout effort, quelle qu'en soit la cause, peut déterminer la régurgitation de la bile. Quand l'ensemble des symptômes porte à croire que le pylore est oblitéré, des vomissemens bilieux annoncent que récemment encore cet orifice était assez libre pour laisser passer les liquides, etc.

1608. Les vomissemens d'un sang rouge vermeil indiquent une hémorrhagie très récente; ce sang, bien que vomi, peut provenir primitivement des voies respiratoires ou de la bouche, parce qu'il peut être d'abord avalé, puis rejeté par le vomissement. Pour éviter de s'en laisser imposer à cet égard, il faut examiner la gorge, les cavités olfactives, et tenir compte de la toux qui peut avoir précédé ou accompagné les vomissemens qu'on observe. Il faut encore ici s'informer si le malade a rendu du sang par le nez ou par la cavité orale, avant d'en vomir. Le vomissement de sang, pendant la période menstruelle, est moins grave que dans toute autre circonstance ou que sur l'homme. La couleur noire du sang rejeté par en haut se rencontre souvent dans les ulcérations de l'estomac, soit qu'elles reconnaissent ou non une gastropathie cancéreuse pour cause. C'est principalement quand ces hémorrhagies se renouvellent, et lorsqu'il existe en même-temps les signes fonctionels du cancer gastrique que le pronostic doit être

grave (1). Les vomissemens de sang noir sont symptômatiques de certaines épidémies, et principalement de la fièvre jaune. Lorsqu'une blessure est faite à l'adomen vers l'épigastre, et qu'il y a des vomissemens de sang, tout porte à croire qu'il y a pénétration dans l'estomac, etc.

1609. Les vomissemens de substances alimentaires plus ou moins altérées, donnent aussi des signes importans dont il sera bientôt question à l'occasion des troubles de fonction que l'estomac peut présenter; les matières fécales trouvées dans les liquides expulsés par l'estomac, annoncent presque toujours un obstacle à leur passage dans l'un des points du tube digestif.

1610. Dans l'état normal, la Sensibilité de la région occupée par l'estomac est médiocre, et on peut palper assez profondément cette partie sans qu'il en résulte des douleurs vives. Sur certains sujets cependant, l'épigastre est naturellement très sensible. Cela se remarque principalement sur les personnes grêles, faibles et impressionables. De ce qu'on trouve une douleur assez forte en pressant sur les points de l'abdomen voisin de l'appendice xiphoïde, il n'en faudra pas conclure que l'estomac soit enflammé, mais il sera utile de s'enquérir de ce qui a lieu dans l'état or-

(1) On considère en général le vomissement de matières noires assez semblables à du marc de café, comme un signe assez positif de cancer gastrique. M. Andral a publié des observations dans lesquelles, des matières vomies, présentant cette apparence, n'étaient pas la suite d'une gastropathie cancéreuse; mais bien d'autres maladies de cet organe, ou d'affections du foie et du péritoine. On conçoit même que du sang venant des conduits aériens peut être avalé, éprouver l'action des sucs gastriques, devenir noir, et être ensuite vomi. J'avouerai cependant que, dans les cas nombreux où j'ai observé cette matière noire dans les liquides vomis, j'ai trouvé à l'exception de deux faits dans lesquels les malades ont vécu longtemps après, un carcinome gastrique.

dinaire du sujet qu'on examine, et de la coexistence des autres signes. Avant de déterminer qu'une douleur à l'épigastre a effectivement son siége à l'estomac, il faut absolument s'assurer par la percussion, que cet organe occupe en effet le lieu qu'on examine. Quelquefois la gastralgie (douleur de l'estomac) est légère, d'autrefois elle est extrême. Sourde, chronique, elle revêt quelquefois les apparences de la faim. Cependant le malade la distingue bien du véritable appétit; elle offre d'ailleurs des degrés et un caractère fort variés. Elle consiste dans un sentiment de pesanteur, de gêne, de tiraillement, d'élancement, de picotement, de chaleur, d'arrachement, dont l'intensité est quelquefois extrême.

1611. Il est une variété de douleur d'estomac fort remarquable, très fréquente, et qui, à ma connaissance, n'a pas été signalée : elle a lieu dans l'étendue de l'organe, pendant la contraction et à l'occasion de cette contraction; elle revient de temps en temps, cesse lorsque l'organe se remplit davantage, reparaît au moment où il s'en débarrasse; s'étend souvent du cardia vers le pylore, répond dans le dos, sur les côtés, et se calme aussitôt que la contraction de l'estomac se suspend par une cause quelconque. Cette douleur semble donc éminemment liée à la contraction des fibres musculaires de l'estomac; elle existe souvent sur les femmes atteintes de métrorrhée, (écoulement blanc par l'utérus); sur les anhémiques, sur les hommes irritables, actifs, à imagination vive, et qui exercent fortement l'action cérébrale. Quelquefois la douleur de l'épigastre à l'occasion de la moindre pression, devient excessive. Ce symptôme existe fréquemment sur les femmes hystériques; la douleur de l'estomac se convertit parfois en nausée, coexiste avec ce symptôme, ou lui succède.

1612. Les douleurs de la région épigastrique, se manifestant avec une intensité extrême sur des gens dits nerveux, et à l'occasion de la plus légère pression indiquent, en général, plutôt une souffrance nerveuse qu'une véritable inflammation. Il est cependant des gastrites très aiguës dans lesquelles la douleur dont nous parlons, existe à un très haut degré. C'est aux antécédens et aux signes concomitans, qu'il est donné de distinguer ces états organo-pathologiques. En général encore, la douleur, résultat de l'inflammation, est assez profonde; par le dégré de pression qu'il faut employer pour la produire, on peut en partie distinguer si la souffrance occupe la région antérieure ou la partie profonde du viscère. Certaitaines douleurs (par exemple, celles de brûlement) ayant leur siége dans l'estomac, paraissent si bien dépendre du contact de liquides âcres sur cet organe, quelles varient de siége par la position du malade, quelles se portent vers la partie déclive où la percussion trouve ces fluides, qu'elles cessent après le vomissement des substances qui déterminent, à leur passage dans la gorge, une sensation brûlante. Très souvent la gastralgie tient à l'accumulation des gaz gastriques (et c'est ce que la percussion fait en partie reconnaître); d'autres fois elle provient de ce que l'estomac est distendu outre mesure par des alimens. Ici le plessimètre démontre encore cette particularité; ajoutez qu'alors la douleur se rapproche du sentiment de satiété, et que la moindre quantité d'alimens l'augmente. La souffrance qui accompagne les contractions de l'estomac existe souvent lorsque le pylore rétréci ne livre pas un libre passage à la sortie des alimens. Cela a lieu, soit que le resserrement de cet orifice résulte d'une contraction des fibres charnues qui l'entourent (spasme

du pylore); soit qu'il y existe un épaississement de nature squirreuse ou encéphaloïde; d'un autre côté, on voit survenir ces douleurs, bien que rien ne prouve encore l'existence de ce retrécissement. On les observe même, lorsque la percussion trouve l'estomac vide d'alimens; cependant le plus ordinairement, cet organe, lorsqu'elles existent, est distendu par du chyme, ainsi que la matité le démontre. On sent parfois, lorsque les douleurs sont les plus vives, les fibres musculaires gastriques se contracter. Il suffit, pour cela, d'appliquer très légèrement la main sur l'épigastre. J'ai observé ce fait dans plusieurs cas de gastropathie cancéreuse. Les cancers gastriques, comme l'a souvent remarqué M. le professeur Fouquier, sont fréquemment indolens; mais, en revanche, les contractions musculaires répétées qu'ils exigent, peuvent être accompagnées de douleurs qui varient, depuis la nausée la plus légère jusqu'à des souffrances excessives.

1615. En définitive, le caractère des douleurs d'estomac, qui consiste en brûlemens, en élancemens, en tiraillemens, ou en un sentiment de constriction, etc., ne peut, dans l'état actuel de la science, faire reconnaître l'espèce de gastropathie dont un malade est atteint.

1616. Les sensations spéciales que l'estomac donne en santé, sont : l'appétit, la satiété et la nausée. Chacune d'elles peut être altérée et donner alors lieu à des applications diagnostiques. Le plus souvent l'augmentation de l'appétit coïncide avec un état général de santé. Portée à un degré habituellement excessif, elle est quelquefois le symptôme d'une affection organique de l'estomac. La faim a fréquemment lieu avec une grande intensité sur des hommes d'une constitution dite nerveuse. On voit souvent

cette sensation être très vive sur des personnes qui font des pertes de liquides, soit par les sueurs, soit par le dévoiement ou toute autre cause, et sur ceux qui digèrent assez mal pour ne pas pouvoir réparer ces pertes. Pour peu qu'il existe une affection aiguë de l'estomac, la faim cesse d'avoir lieu; mais aussi la phlegmasie de tout autre organe, accompagnée d'un mouvement fébrile, produit le même effet. Il suffit du moindre trouble circulatoire ou respiratoire pour anéantir l'appétit. Quelques enduits sur la langue, non-seulement ôtent le désir des alimens, mais encore, par le goût fade qu'ils produisent, ils inspirent un éloignement instinctif pour la nourriture quelle qu'elle soit. Souvent, sur un malade atteint d'anorexie (défaut d'appétit), il suffit de faire enlever les enduits linguaux avec de la crême de tartre pour que ce symptôme cesse. Une foule d'affections chroniques font perdre la sensation de la faim. On la voit se conserver dans des carcinômes de l'estomac, alors qu'une grande partie de cet organe, surtout vers le pylore, est détruite ou au moins profondément désorganisée. Dans plusieurs cas, et surtout dans trois d'entre eux, il m'a semblé que le *défaut d'appétit* avait coïncidé pendant longtemps avec l'altération profonde de la membrane muqueuse de la grosse extrémité de l'estomac : dans l'un, où il y avait des douleurs vives, cette partie était détruite, et la rate altérée formait le fond de l'ulcération; dans un autre, la membrane muqueuse était très ramollie à gauche, et sur le troisième malade, jeune homme robuste, et qui, du reste, avait présenté pour seul symptôme, du côté de l'estomac, une anorexie absolue, persistant pendant plus d'un mois, on trouva une ulcération de six pouces de long et de trois doigts de large, qui occupait la même partie. Le défaut d'appétit pro-

vient, à coup sûr, dans certains cas, de ce que la digestion ne s'exécute pas, et de ce que les alimens restent dans ce viscère.

1617. L'appétit est susceptible de plusieurs modifications qu'il est bon d'indiquer. Des gens qui souffrent habituellement de l'estomac, des femmes atteintes de métrorrhée (flueurs blanches), éprouvent fréquemment une sensation assez analogue à la faim, bien qu'elle en diffère. Ils la désignent ordinairement sous le nom de besoin. Cette sensation a souvent lieu lorsqu'il n'y a aucun appétit réel, et se retrouve fréquemment dans les dysgastronervies (troubles dans l'action de l'estomac). Promptement soulagée par les alimens, en quelque petite quantité qu'ils soient, elle reparaît bientôt avec une nouvelle énergie. L'influence de l'appétit est souvent fort remarquable. On voit fréquemment les femmes éprouver un vif appétit pour certains alimens, et une sensation opposée pour certains autres. Aux jeunes filles chlorotiques, aux femmes enceintes, ce sont souvent les substances les moins alimentaires ou les moins salubres qui plaisent le plus. Les fruits verts, les acides, le sel, les viandes fumées, la salade, les cendres, le charbon même leur paraissent être d'un goût agréable, et les meilleurs alimens leur répugnent.

1618. Ce symptôme, sur une jeune fille, suffit quelquefois pour faire soupçonner l'invasion de la chlorose, ou bien, s'il s'agit d'une femme, l'apparition des règles ou la grossesse.

1619. Les signes que donne la faim, sont souvent utiles. Quelle que soit l'idée que l'on se forme sur ce qu'on a appelé la nature médicatrice, il faut avouer, que le plus souvent, lorsque les alimens seraient inutiles ou dangereux, il y a non-seulement défaut

d'appétit, mais encore dégoût pour les substances alimentaires; que, sauf un assez petit nombre d'exceptions, la présence de l'appétit et surtout son retour après sa disparition pendant un temps plus ou moins long, sont, en général, des signes assez certains de l'utilité de l'alimentation. Il faut ici distinguer soigneusement deux choses : d'une part, le besoin, résultat fréquent de l'habitude contractée de manger à heures fixes, et de l'autre, le véritable appétit. Le médecin exercé distingue très bien l'un de l'autre. Vous verrez, dans le premier cas, le malade vous importuner de ses réflexions et de ses craintes de faiblesse; plutôt triste que gai, il sera souvent difficile sur le choix de la nourriture qu'il refusera quelquefois au moment où vous la lui accorderez. Vous observerez au contraire, dans l'appétit réel, qu'un léger sourire a ordinairement lieu lorsque le médecin parle d'alimens, et que le malade refuse rarement ceux qu'on lui offre. Ces considérations souffrent du reste d'assez nombreuses exceptions, et il faut donner quelquefois des alimens, bien que l'appétit soit tout à fait nul et ne reparaisse pas. Que de fois, après avoir soumis le malade pendant quelque jours à la diète absolue, la faim ne se perd-t-elle pas d'une manière complète! la mort arriverait par inanition avant que l'appétit reparût. Souvent il suffit de faire prendre de faibles proportions de substances alimentaires pour voir cette sensation reparaître. Ne supposez donc pas, dans une maladie de long cours, qu'il faille nécessairement mettre à la diète absolue ceux qui ne vous demandent pas de nourriture, sans cela vous vous exposeriez quelquefois à laisser mourir vos malades de faim. Les charlatans réussissent souvent là où le médecin échoue, parce qu'ils alimentent, alors que des hommes, d'ailleurs instruits,

redoutent les alimens à l'instar de poisons. Plus d'une fois on a jeté, consciencieusement ou non, sur le compte de décillionièmes de grains, une amélioration qu'on devait au régime nourrissant qu'on administrait en même temps. Il ne faut pas non plus donner des alimens à tous les malades qui ont un appétit réel, et c'est à l'ensemble des symptômes et aux phénomènes qu'on observe et non à la présence seule de la faim, qu'il faut s'en rapporter pour prescrire ou non des alimens.

1620. Le retour de l'appétit est en général un bon signe; le besoin factice se retrouve dans une foule d'états nerveux et dans la métropathie. Les modifications les plus étranges de la faim, considérée dans ses rapports avec le goût, existent dans les mêmes circonstances. L'absence d'appétit n'indique pas toujours une inflammation ou une lésion organique de l'estomac; on l'observe dans des cas où la partie gauche de cet organe est intéressée et surtout ramollie. Elle peut être la conséquence de matières accumulées dans l'estomac, ou de liquides qui y sont contenus, etc. L'anorexie est quelquefois un mauvais signe et dure tant que l'estomac n'est pas revenu à son état normal.

1621. La satiété n'a lieu en santé, que lorsqu'une quantité suffisante et assez considérable d'alimens est portée dans l'estomac; dans l'état anormal, elle se manifeste quelquefois bien avant que la proportion de substances ingérées dans ce viscère soit assez grande pour devoir produire cette sensation. Il est des personnes qui éprouvent une faim assez vive, et quelques bouchées d'alimens, surtout de ceux dont la consistance est pâteuse, suffisent pour produire la satiété et même une sensation de distension à l'épigastre. On observe ce symptôme : 1° lorsque l'esto-

mac est très petit, très rétracté, ce qui du reste est assez rare; 2° lorsque des alimens restent dans l'estomac, quoiqu'un laps de temps considérable se soit passé depuis leur ingestion; bien que l'appétit revienne alors, la satiété porte bientôt à croire que l'organe n'est pas vide, et la percussion prouve qu'il en est parfois ainsi; 3° lorsque l'estomac est rempli d'une grande quantité de gaz; 4° dans certains états de ce viscère, fort mal définis, et qui ont été considérés, à tort ou à raison, comme des névroses (1655). La satiété alterne souvent avec ces besoins factices dont il a été précédemment parlé.

1622. La nausée ou le besoin de vomir précède le vomissement dont elle est le premier phénomène; elle consiste dans une sensation pénible qui semble remonter de l'épigastre vers l'œsophage, et porte à contracter les muscles abdominaux et le diaphragme. Elle se déclare dans les mêmes circonstances que le vomissement qui ne la suit pas toujours. On l'observe très fréquemment dans la grossesse et dans la plupart des cas où il est ordinaire de voir vomir les malades.

1623. Le mouvement par lequel l'estomac se débarrasse des alimens qu'il contient, ou la péristole, n'est observable à l'extérieur, que dans des cas assez rares, et dont il a été parlé; il est inutile de revenir sur ce qui en a été dit.

1624. La régurgitation est le résultat de la contraction de l'estomac et de l'œsophage; elle fait remonter dans la bouche, sans grands efforts musculaires, des solides, des liquides ou des gaz, en assez petite quantité à la fois. Ces substances sont analogues à celles dont il va être parlé à l'occasion du vomissement. En général la régurgitation de gaz ou l'éructation est une preuve que la digestion se fait mal et qu'il y a

des matières accumulées dans l'estomac ou dans les intestins; il en est surtout ainsi lorsque les gaz ont l'odeur d'œufs pourris.

1625. Le vomissement ou l'action de rejeter avec effort les substances contenues dans l'estomac, est susceptible d'une foule de degrés, dont l'histoire appartient à la physiologie. Tantôt il a lieu une seule fois, et d'autres fois il se renouvelle d'une manière très fréquente et très répétée. Dans certains cas, les efforts qu'il exige sont peu considérables, et d'autres fois ils sont portés si loin que le malade souffre beaucoup et devient rouge pendant toute leur durée. Ailleurs, il semblerait que les alimens remontent par la seule contraction de l'estomac, tant les muscles abdominaux agissent peu; et dans d'autres circonstances, l'action de ces muscles et du diaphragme est excessive. Or, ces secousses de vomissement indiquent ou une souffrance gastrique, qui peut reconnaître pour cause, tantôt une lésion idiopathique et tantôt une affection symptômatique de l'estomac.

1626. On voit survenir en effet le vomissement : — dans les déplacemens de cet organe, et lorsqu'il est contenu dans une hernie; — lorsqu'il est irrité par des substances âcres ou corrosives; — lorsqu'il est réellement enflammé; — lorsque l'action digestive est, comme dans l'iralgie, entièrement suspendue par un travail nerveux qui se fait ailleurs; — lorsque le pylore est oblitéré en totalité ou en partie; — dans les ramollissemens gélatineux ou pultacés de l'estomac, etc.

1627. D'un autre côté, le vomissement est quelquefois l'expression de la stimulation de la luette et des parties qui l'avoisinent (ainsi un corps étranger dans le pharynx, cause des vomissemens continus); la constipation et mieux encore un obstacle au cours

des matières dans l'intestin le déterminent avec une grande persistance. Dans certains cas, il est le symptôme d'une péritonite : cela a surtout lieu lorsque les intestins, réunis par des adhérences, ne peuvent se contracter pour déterminer la progression des matières. Une telle circonstance détermine la même stase stercorale qu'un retrécissement intestinal; c'est peut-être encore de cette sorte qu'agissent certaines tumeurs pour produire le vomissement qui se déclare sur quelque point de l'intestin grêle. La souffrance des reins et la métropathie ont souvent le vomissement pour symptômes ; il en est ainsi de l'encéphalohémie et de l'encéphalorrhagie (congestion et hémorrhagie cérébrales), et, chose remarquable, on le trouve encore dans l'anencéphalohémie (anhémie du cerveau, syncope).—Dans l'opération de la cataracte, il suffit d'irriter l'iris pour que le vomissement survienne. — On observe encore ce phénomène lorsque des substances émétiques ont été injectées dans les veines. — Une augmentation dans le volume du ventre décide souvent des vomissemens. Bien plus, de simples affections morales, telles que le dégoût, ou certains mouvemens, tels que l'action imprimée par la balançoire et un vaisseau peuvent provoquer l'action de vomir, etc.

1628. La conséquence de tout ceci est que le vomissement se retrouve dans une foule de cas, et que son existence isolée est loin de toujours indiquer une gastropathie idiopathique. Lorsque des vomissemens existent, il faut en chercher la cause anatomique, autant qu'il est possible de le faire; c'est le seul moyen de tirer de ce phénomène quelques inductions diagnostiques. Une telle recherche peut faire reconnaître des lésions mortelles si elles n'étaient pas promptement combattues. —Sur tout malade atteint d'une affection aiguë et qui vo-

mit, il est indispensable de s'enquérir : 1° *S'il n'a pas pris du poison; 2° s'il ne porte pas une hernie étranglée; 3° s'il n'a pas un corps étranger dans le pharynx; 4° s'il n'est pas menacé d'hémorrhagie cérébrale; 5° s'il n'est pas atteint de syncope, etc.* Des vomissemens et même des nausées qu'éprouve une jeune femme, d'ailleurs saine, portent souvent à soupçonner la grossesse. Dans une épidémie de petite vérole, des vomissemens indiquent parfois que le malade sera frappé les jours suivans par l'éruption varîolique. Les vomissemens qui suivent la toux, n'indiquent rien autre chose si ce n'est la compression de l'estomac par suite de l'action des muscles expirateurs.

1629. Le défaut de vomissemens ne prouve pas, à coup sûr, qu'il y ait absence de gastropathie. Il est rare, lorsque dans les cancers gastriques l'orifice pylorique est libre, que ce symptôme ait lieu; cette remarque n'a pas échappé à M. Andral. Tout récemment encore, à la Clinique de l'Hôtel-Dieu, on reconnut qu'une femme, atteinte d'ascite, portait une gastropathie cancéreuse et qu'il venait de se rompre dans le péritoine. Cependant il n'y avait eu pendant la vie, ni tumeur appréciable, ni vomissement. L'ulcération dont le fond présentait la déchirure, avait près de deux pouces de large et occupait la petite courbure.

1630. Le hoquet, sans avoir son siége dans l'estomac, se rapporte, en général, à un état particulier de ce viscère. On le voit survenir lorsque celui-ci est distendu par beaucoup d'alimens. Quelquefois le hoquet est le résultat de dysgastronervies (troubles dans l'action nerveuse de l'estomac); mais il est un des symptômes les plus constans et les plus graves des obstacles au cours des matières dans le tube digestif; aussi, *quand il existe avec quelque suite, faut-il*

*toujours penser aux hernies, ou aux retrécissemens intestinaux* dont le malade pourrait être atteint. C'est là un des points de diagnostic les plus importans et les plus graves.

1631. La fonction de l'estomac est la chymification. En santé, la durée de celle-ci varie suivant la nature, la quantité de la substance ingérée, suivant les conditions dans lesquelles se trouvera placé l'homme qui digère, suivant enfin une multitude de causes qu'il serait difficile d'énumérer ici en totalité.

1632. Dans l'état anormal, il se peut faire que les alimens restent à peine quelques instans dans l'estomac; d'autres fois, ils y séjournent quelques heures ou quelques jours. La première de ces circonstances peut correspondre sans doute à ce que l'estomac est irrité, et à ce qu'il se débarrasse promptement des substances alimentaires qui tendent à augmenter cette irritation; mais bien souvent aussi, cette rapidité, dans l'action gastrique, est peu dangereuse et tient à une dysgastronervie. Le second état dépend en général de deux causes: ou de ce que le mouvement péristaltique de l'estomac n'a pas lieu (c'est ce qu'on observe sur les personnes qui, travaillant de cabinet, dépensent par le cerveau trop de vie, et entravent ainsi sa libre distribution vers l'estomac), ou de ce qu'il y a quelque obstacle mécanique persistant à la sortie des alimens par le pylore. Ce dernier cas (bien qu'une simple contraction spasmodique des fibres musculaires de l'orifice pylorique puisse produire la stase du chyme dans l'estomac, comme on voit le sphincter de l'anus contracté retenir longtemps les matières stercorales), est malheureusement trop fréquent. Il résulte de tout ceci, que le séjour prolongé des alimens dans l'estomac peut bien faire

redouter une pylorarctie (rétrécissement du pylore), mais ne doit pas être pris pour un signe positif de cette grave affection.

1633. Le défaut de chymification des substances contenues dans l'estomac peut être reconnu de deux manières : ou bien parce que le malade, tout en mangeant beaucoup, maigrit, et rend par les selles des substances semblables à celles qu'il a avalées, ou encore, parce qu'il vomit des matières qui ne sont pas, ou qui sont mal digérées. Ce défaut de digestion est encore annoncé par des éructations de gaz, par une sensation de pesanteur à l'épigastre, et par la régurgitation des alimens. L'apepsie ou la dyspepsie (digestion nulle ou difficile) peut être le symptôme de divers phénomènes organiques ou physiologiques. Elles peuvent provenir : 1° de ce que la mastication et l'insalivation se font mal (c'est ce qu'on observe sur certains vieillards dont les dents sont en partie tombées, et qui en conservent assez pour éloigner l'une de l'autre les arcades alvéolaires et les empêcher ainsi de devenir dures). 2° De ce que l'action nerveuse indispensable pour que le travail gastrique s'effectue, cesse de se diriger vers l'estomac (indigestion à l'occasion de l'iralgie et des impressions morales vives). 3° De ce qu'un état inflammatoire aigu ou chronique trouble les fonctions gastriques. 4° De ce que l'orifice pylorique est largement détruit par une ulcération carcinomateuse ou autre. 5° De ce que des tumeurs, comprimant l'estomac, le forcent à se débarrasser, plus tôt qu'il ne conviendrait, des matières qu'il contient, etc. Dans les cas où l'on a la preuve matérielle que la digestion se fait mal, on ne doit pas traiter cet accident comme une maladie, mais bien rechercher la cause organique qui l'occasionne.

1634. Tantôt les produits des digestions deviennent acides; cela est presque toujours dû au séjour de la salive dans l'estomac; car ce liquide a une grande tendance à s'acidifier. Il ne faut pas regarder ce symptôme comme la preuve certaine de l'existence d'une gastropathie primitive. En effet, c'est souvent lui qui la produit, et quelques grains de magnésie font quelquefois disparaître presque subitement la souffrance de l'organe. Plus d'un ramollissement gélatiniforme ou pultacé de l'estomac, ont été dus à l'action de la salive acidifiée alors que ce viscère avait été long-temps tenu vide d'alimens.

1635. Les signes fonctionnels que donnent les organes autres que l'estomac, à l'occasion de la gastropathie, sont les plus nombreux et ont été étudiés par les auteurs, surtout depuis l'excellent traité des phlegmasies chroniques, avec le plus grand soin (1). La diarrhée ne se manifeste guère, par suite de la souffrance de l'estomac, qu'autant que l'intestin y participe, ou que la chymification incomplète des alimens leur ait laissé des qualités irritantes. L'absence d'évacuations alvines est souvent un symptôme fort éloigné, il est vrai, des affections chroniques de l'estomac, et elle se rencontre, soit dans la gastralgie, soit dans la gastronervie (défaut d'action nerveuse de l'estomac), soit encore dans la gastropathie carcinomateuse. Dans ces cas, on conçoit facilement pourquoi les malades ont ordinairement peu de selles; c'est qu'en général ils mangent moins qu'il ne serait utile de le faire pour

---

(1) Dans un mémoire publié en 1823 (Journal complémentaire du dictionnaire des sciences médicales); mémoire qui se ressent des idées dominantes du temps, et dont je ne voudrais pas défendre actuellement toutes les propositions, j'ai cherché à faire voir que presque tous les organes pouvaient donner lieu à des symptômes de maladie à l'occasion de la souffrance de l'estomac.

les provoquer. La souffrance de l'estomac s'étend souvent à une grande partie du tube digestif; mais alors il ne s'agit plus d'un symptôme ou d'un signe; mais bien d'une extension de la phlegmasie gastrique.

1636. Souvent, lorsque l'estomac est irrité, le foie augmente sa sécrétion et le fluide qu'il forme remonte dans le premier de ces viscères. — Celui-ci, lorsqu'il est distendu par des gaz ou des subtances alimentaires, comprime le foie de bas en haut, soulève le diaphragme et diminue d'autant la capacité de la poitrine. — Un déplacement du même genre peut avoir lieu à gauche pour la rate. — L'accélération, la force, la dureté dans les battemens du cœur et par conséquent dans le pouls, sont fréquemment les symptômes de la souffrance plus ou moins aigüe de l'estomac. — Rarement ces accidens, du côté des organes circulatoires, ont lieu dans la gastropathie chronique; car on voit l'estomac être en partie détruit par un carcinôme ulcéré, sans qu'il en résulte de fièvre. — L'estomac distendu par des substances, n'importe lesquelles, soulève le cœur et détermine souvent sur certains hommes, un sentiment de suffocation, des palpitations, ou une dyspnée qui doit être considérée comme une des affections nombreuses réunies sous le nom d'asthme. — C'est surtout dans le cas où des gaz distendent l'estomac, sur des personnes dont le ventre est volumineux et dont les tégumens doublés de graisse sont résistans, que ce symptôme se fait observer. — Dans ces mêmes cas, la respiration est gênée, et il est impossible qu'il en soit autrement, quand le diaphragme, refoulé vers l'estomac, s'abaisse avec difficulté. — On assure que certains caractères de toux dépendent de la souffrance gastrique et l'annoncent : telle est une petite toux sèche, répétée, consistant en un petit nombre d'ef-

forts expirateurs, et qui semble céder à des moyens dirigés vers le tube digestif. Remarquez cependant que, pour les hommes qui savent bien explorer les voies aériennes, il n'est qu'un bien petit nombre de cas qui puissent se rapporter à la toux gastrique, car dans ceux ou on la soupçonnait, on trouve le plus souvent, dans les bronches où le poumon, la raison anatomique de l'existence de cette toux.

1637. La gastropathie aiguë, accompagnée de congestion sanguine, décide souvent une vive chaleur sur la région épigastrique et sur les points qui correspondent à l'estomac. Plus tard, nous reviendrons sur l'exploration de la température de la peau dans les diverses parties du corps.—A l'occasion d'une gastrite, il y a souvent des frissons, de la chaleur et de la sueur, et il est impossible que cela ne soit pas, puisque la circulation et la respiration sont troublées, comme il a été dit précédemment, à l'occasion de la souffrance gastrique. Remarquez, du reste, que la fièvre ou la réunion de tous ces troubles variés de circulation, de respiration, de calorification et d'exhalation n'est qu'un phénomène commun à une infinité de lésions d'organes différens; que l'estomac n'a aucune prérogative pour la produire, et que dans une foule de cas où les symptômes dont il s'agit existent, l'examen des fonctions, et plus tard du cadavre, ne font pas découvrir de traces de gastropathie.

1638. La somnolence, la céphalalgie, l'encéphalohémie, le délire, les convulsions, etc., peuvent être symptômatiques des affections de l'estomac; mais ici il y a une foule d'influences anatomiques et physiologiques susceptibles de produire ces effets multiples. C'est ainsi que, tout en admettant

que la gastrite puisse, par la médiation du système nerveux, ou si l'on veut, par un phénomène sympathique, se communiquer au cerveau, il n'en faut pas moins convenir qu'une foule de troubles dans l'action cérébrale pourront suivre des accidens gastriques non inflammatoires. C'est ainsi que l'estomac, rempli d'alimens, de gaz, ou induré et épaissi, comprimera l'aorte et favorisera une encéphalohémie, ou même une encéphalorrhagie; que la gêne de la circulation et de la respiration précitées pourront occasionner le même fait; que les substances alimentaires ou les poisons absorbés et portés avec le sang dans les vaisseaux cérébraux y exerceront une action délétère, etc., et que les maladies de l'estomac qui exigent l'abstinence prolongée, ou qui font perdre des liquides, pourront déterminer, par cela même, une diminution dans la quantité du sang et être ainsi la source de syncopes à des degrés divers, et par suite de convulsions ou de délire, etc. Croire que ce soit en stimulant l'estomac d'une certaine manière, que l'alcool ou certains poisons susceptibles d'être absorbés causent le délire, ce serait oublier que la simple injection de ces substances dans l'appareil circulatoire produit les mêmes phénomènes. Ainsi, rendons justice aux travaux d'une école justement célèbre, mais n'adoptons pas des idées qui ne sont plus de notre temps et que ne défendrait pas sans doute actuellement, dans toute leur extension, l'homme habile qui les a d'abord émises.

1639. La gastropathie a souvent pour symptôme une douleur sus-orbitaire ou orbitaire, qui se retrouve dans certaines affections névralgiques (l'iralgie, par exemple). Elle est située en dehors et non au dedans du crâne et ne dépend pas

ordinairement du cerveau, mais bien des nerfs, soit de la cinquième paire, soit du ganglion ophtalmique. Ce sujet sera traité ailleurs avec plus d'étendue. Avouons seulement ici que cette douleur n'indique pas, à coup sûr, une souffrance gastrique; car on la retrouve dans des cas très différens de ceux où l'estomac donne lieu à des signes réels de maladie (1).

1640. Disons-en autant encore de certaines altérations de sensations, telles que des vertiges, des éblouissemens, des tintemens d'oreilles et surtout des douleurs générales et contusives, de la faiblesse des muscles, de la fatigue spontanée, des courbatures enfin, qui se déclarent dans les premiers temps d'une foule de maladies, et qui, tout en se rencontrant fréquemment dans la souffrance de l'estomac, ont également lieu dans la pneumonite, la pleurite, etc. Remarquons seulement avec M. Andral (*Cliniq. Médic.* t. 2, p. 158), que ces phénomènes généraux sont quelquefois dans la gastrite, plus prononcés que les symptômes locaux eux-mêmes.

1641. Enfin, la physionomie prend, dans les maladies chroniques de l'estomac, et notamment dans le cancer, une expression toute spéciale dont il est bon de dire ici un mot, et qui est si importante à noter, que dans quatre cas, à la Clinique, où il n'y avait que des symptômes très vagues de gastropathie cancéreuse, elle porta à annoncer l'existence de celle-ci, constatée plus tard par la nécroscopie. Il s'agit d'une pâleur spéciale, d'un teint terne et jaunâtre, de joues caves et

(1) M. Andral a cité cependant plusieurs cas de névralgie des membres, de la tête ou de la peau qui se manifestaient d'une manière plus évidente, alors que la gastrite dont les malades étaient atteints, venait à s'exaspérer. (Cliniq. méd., tom. 2, pag. 158,)

amaigries, de lèvres assez saillantes entourées d'un sillon profond et très marqué (Jadelot), de rides prématurées, d'une traction par en bas de la commissure des lèvres, et tout cela joint à une expression de tristesse idéfinissable, à un découragement extrême et à un haut degré de faiblesse et de maigreur générales. Du reste, pour juger de la physionomie, et pour reconnaître les caractères diagnostiques qu'elle présente, ce n'est pas un livre qu'il faut consulter, mais c'est la clinique démontrée par un professeur habile.

## DIAGNOSTIC

### SPÉCIAL ET COMPARATIF DES ÉTATS ORGANO-PATHOLOGIQUES DE L'ESTOMAC.

1642. *Gastropathie* (souffrance de l'estomac, considérée en général). Cette dénomination peut être donnée à toute affection caractérisée par des symptômes locaux ou généraux qui annoncent que l'estomac souffre, tels que la douleur gastrique, l'anorexie ou des troubles dans l'appétit; la difficulté ou le défaut de chymification; la chaleur de l'épigastre; les nausées et des vomissemens d'alimens ou de liquides variés; des troubles divers de circulation, de respiration, d'action cérébrale ou musculaire, augmentant surtout à l'occasion de la digestion stomacale, etc.

1643. *Gastrohémie* (congestion sanguine de l'estomac). Il serait difficile, dans l'état actuel de la science, de donner des caractères diagnostiqnes précis d'un semblable état anatomique.

1644. *Gastrite* (inflammation de l'estomac), douleur augmentant ou non par la pression, la percussion, l'ingestion des boissons ou des alimens,

et cela *sur une partie de l'épigastre où la plessimétrie fait reconnaître la présence de l'estomac.* Cette douleur varie de caractère : elle est tantôt sourde, d'autres fois aiguë, ou encore pulsative, brûlante, etc. ; la chaleur est développée sur le même point; l'anorexie portée plus ou moins loin ; nausées, vomissemens, soit de salive, soit de mucus, soit de bile, soit de substances alimentaires ou vénéneuses. S'il s'agit de celles-ci, l'analyse chimique sert à les faire reconnaître. Souvent il y a distension de l'estomac par des gaz et sonoréité à la percussion : d'autres fois, l'organe est assez irrité pour revenir beaucoup sur lui-même et occuper peu de place vers l'épigastre. A ces symptômes locaux, il faut le plus souvent, mais non constamment, ajouter : la soif, l'accélération des battemens de cœur et de la respiration, une chaleur vive, de la sueur, et de plus, si la maladie est aiguë et s'il y a polyhyperhémie, la rougeur des capillaires des membranes muqueuses, et notamment de ceux de la langue. Lorsque la respiration vient à être gênée par suite de la gastrite, de la coexistence d'un coryza ou de toute autre affection qui cause le passage répété de l'air par la bouche, la surface linguale est sèche, et des enduits grisâtres, jaunâtres et variés s'y déposent. A ces phénomènes, se joignent fréquemment d'autres troubles fonctionnels, concomitans ou secondaires, tels que la céphalalgie, le délire; des douleurs contusives dans les membres, une urine sédimenteuse et rouge (surtout lorsque le malade sue beaucoup), et tous ces symptômes qui, réunis, constituent les signes de la gastrite, deviennent bien plus positifs par l'absence constatée de toute autre lésion : pneumonite, pleurite, hépatite, etc., qui pourrait donner lieu à un grand nombre d'entre eux.

1645. *Hyper-gastrite* (gastrite très aiguë). Les symptômes et les signes précédens sont ici portés à un très haut point d'intensité. La douleur est souvent extrême, les vomissemens multipliés; les moindres substances ingérées sont quelquefois rejetées très promptement, et les symptômes généraux sont extrêmement marqués, mais ils prennent des caractères divers suivant le degré d'ancienneté, d'intensité, ou suivant la nature de la cause de la maladie. L'hyper-gastrite qui suit l'ingestion des poisons de diverse nature, a des caractères généraux et particuliers en rapport avec les propriétés spéciales et délétères de ces mêmes poisons. (*V. le Traité de Toxicologie* de M. Orfila).

1646. *Hypogastrite* (gastrite légère). Ici les symptômes sont peu prononcés et, dans une multitude de cas, peuvent être facilement confondus avec de simples cardialgies ou des gastropathies symptomatiques. Les douleurs sont quelquefois très faibles; la faim est conservée jusqu'à un certain point; le premier abord des alimens est par fois plutôt agréable que pénible, bien que plus tard il arrive que leur digestion soit laborieuse. La soif est en général assez marquée. Des frissons, de la chaleur, une accélération dans le pouls, à des degrés quelquefois faibles, d'autres fois très marqués, se déclarent. Tels sont quelques-uns des symptômes de cette affection. C'est souvent en étudiant, sans opinion préconçue, les résultats de l'alimentation et de toniques ou d'adoucissans, et par une sorte d'expérimentation thérapeutique prudente, qu'on parvient à déterminer s'il s'agit d'une hypogastrite ou d'une autre affection.

1647. *La Gastrite chronique* a le plus souvent les caractères de l'hypo-gastrite; mais les symptômes

de celle-ci se prolongent, et le moindre écart de régime ramène le mal. Dans quelques cas, il survient des exacerbations fréquentes où les accidens de l'hyper-gastrite se reproduisent. Il faut bien se garder de prendre, comme on l'a fait trop souvent, les symptômes de gastropathie, tels que l'anorexie, les nausées, les vomissemens, les ulcérations de l'estomac, les cancers, etc., qui suivent l'abstinence prolongée, pour une gastrite chronique (1).

1648. *Gastrite toxique.* Son principal caractère est la découverte du poison et les circonstances commémoratives.

1648 *bis. Gastro-malaxie* (ramollissement de l'estomac), *ulcérations gastriques*. Il est plusieurs lésions anatomiques de l'estomac qu'il serait fort important de distinguer de l'inflammation simple de cet organe à l'état aigu ou chronique. Tels sont les ramollissemens gélatineux, pultacés, ou encore les ulcérations de ce viscère. Les ramollissemens sont souvent remarquables par la persistance des symptômes, par la *continuité des vomissemens* et, sur les jeunes enfans, par la coïncidence des accidens cérébraux. Ces caractères sont très loin, du reste, d'être suffisans pour permettre d'assurer qu'il s'agit plutôt d'une gastro-malaxie que d'une simple gastro-pathie. Quelle qu'en soit la cause, une circonstance qui peut faire soupçonner le ramollissement de l'estomac, c'est que les malades ont été long-temps soumis à une diète sévère. En effet, si l'on se rappelle que le siége du ramollissement occupe ordinairement la partie déclive, qu'une ligne de niveau le limite le plus souvent en haut et cor-

(1) Toutes les distinctions précédentes dans la gastrite ne sont point absolues, elles ne peuvent être établies que dans des cas extrêmes et bien tranchés, mais entre ceux-ci il est une foule de degrés où il serait fort difficile de déterminer à quelle nuance de gastrite on a affaire.

respond à la hauteur des liquides contenus dans l'estomac ; si l'on tient compte des faits observés par Hunter, Chaussier, M. Carswell, etc., on est conduit à admettre que la gastro-malaxie est souvent le résultat de l'action des fluides gastriques sur la membrane muqueuse. Quant aux ulcérations, la persistance des accidens, et quelquefois des hémorrhagies gastriques, peuvent seuls les faire soupçonner.

1649. *Gastrorrhée* (écoulement de liquide par l'estomac). Pour un grand nombre de praticiens, cette affection est fréquente. Ils considèrent comme telle ou comme le résultat d'une augmentation de sécrétion gastrique : des vomissemens de matières muqueuses acides, qui ont lieu fréquemment le matin à jeûn. M. le docteur Pruz a même publié sur ce sujet un mémoire très remarquable. Il est très difficile en réalité de s'assurer si ces fluides ne sont pas la salive qui a été avalée pendant la nuit. En somme, ils en ont tous les attributs. La percussion médiate, en faisant reconnaître la présence de liquides dans l'estomac, ne trancherait même pas la question ; car ces liquides pourraient n'être encore que de la salive. Le seul moyen de résoudre la difficulté, serait de faire rendre par la bouche, pendant un grand nombre d'heures, ou même pendant une nuit, toute la salive qui serait formée, et de voir ensuite si les vomissemens de matières acides auraient encore lieu le matin.

1650. *Gastrorrhagie* (hématémèse, mélæna de certains auteurs ; écoulement de sang par l'estomac). *Vomissement ou régurgitation* d'un sang variable en couleur, rouge-vermeil s'il vient d'être formé et s'il provient des artères ; plus foncé s'il a coulé des veines ; noir s'il a séjourné dans l'es-

tomac, et s'il a été long-temps soumis à l'action des sucs qui s'y trouvent contenus, l'hémorrhagie est précédée de nausées et ordinairement de sensations pénibles, de douleurs gravatives à l'épigastre et d'efforts de vomissement. S'il y a de la toux, elle ne survient qu'après les symptômes gastriques. Absence de signes positifs d'hémorrhagies nazale, buccale, pharyngienne, laryngienne, bronchique ou pulmonaire. Quantités variables de sang vomi : tantôt il est pur, tantôt il est mélangé avec des alimens, dernière circonstance qui éclaire beaucoup le diagnostic. Lorsque la gastrorrhagie est abondante : matité dans un espace étendu de l'épigastre. S'il y a des gaz coexistans dans l'estomac, variation de la matité et du niveau à l'occasion des changemens d'attitude du malade, et ces variations ont lieu dans l'étendue de l'espace occupé par l'estomac. Dans le même cas, bruit humorique, sensation de fluctuation à la main qui palpe l'épigastre, et de flot à l'oreille qui écoute. Fréquemment, selles de matières noires comme de l'encre et en quantité variable ; dans ce cas, matité dans les intestins. Quelquefois, circonstances commémoratives d'une lésion physique de l'estomac : contusions, plaies, corps étrangers avalés, etc. D'autres fois, signes antérieurs d'une lésion organique de cet organe telle que le cancer, ou d'une hémorrhagie arrêtée ; phénomènes de polyanhémie portés à un degré plus ou moins marqué, en raison de la quantité de sang perdu, en raison aussi de la terreur éprouvée par le malade; de là, pâleur subite, faiblesse du pouls, anencéphalohémie (syncope), etc.

1650 *bis*. *Gastrocholie* (gastropathie bilieuse). Présence de la bile dans l'estomac, constatée par les

vomissemens de matières bilieuses, suivis de soulagement, par les signes plessimétriques qui font reconnaître dans cet organe des liquides qui y sont accumulés. (Epidémie de Limoges, décrite par M. Voisin). Le goût de la bouche est amer; les symptômes généraux de la cholihémie (ictère), se déclarent à un faible degré, et il y a coexistence des signes de gastrite plus ou moins tranchés.

1651. *Gastro-arctie* (retrécissement de l'estomac); elle peut être cardiaque ou pylorique. Dans la première, une sonde portée dans l'œsophage éprouve de la difficulté à parvenir dans l'estomac; du moins, en arrive-t-il ainsi lorsque le mal existe à un certain degré et que le diamètre de l'instrument est considérable; les alimens ne pénètrent pas par de-là le cardia; ils sont rejetés quelques secondes après leur déglutition : seulement, lorsque l'œsophage est dilaté au-dessus du point retréci, ils séjournent quelque temps avant d'être vomis. La percussion fait trouver que l'estomac ou le tube digestif sont très sonores; quelquefois cependant ils sont tellement vides et rétractés qu'ils ne contiennent pas de gaz. Cela a lieu lorsque ce rétrécissement est presque complet; la faim est conservée, mais elle ne peut être satisfaite faute d'alimens; la nutrition languit et le marasme ne tarde pas à survenir. Du reste, le rétrécissement peut être de diverse nature : s'il est le résultat de contractions des fibres circulaires qui entourent le cardia, il est rarement de quelque durée; s'il tient à des tumeurs ou à de profondes ulcérations du tissu du pourtour de l'orifice supérieur de l'estomac, la sonde œsophagienne peut trouver la dureté qui correspond à ces affections. Il paraît cependant que dans certains cas on a cru reconnaître par le ca-

thétérisme œsophagien, des indurations cardiaques qui cependant n'existaient pas. Il est évident que l'intensité des symptômes précédens est subordonnée au degré de coarctation de l'orifice cardiaque.

1652. Dans la *gastro-arctie pylorique ou pylorarctie* (retrécissement du pylore), tous les signes précédens des rétrécissemens cardiaques manquent ; les alimens sont avalés avec facilité et restent souvent plusieurs heures, et même plusieurs jours dans l'estomac avant d'être vomis; ils sont rejetés dans un état de chymification plus ou moins avancé. L'appétit est conservé; la matité plessimétrique fait reconnaître, avant les vomissemens, que l'estomac est rempli de toute autre chose que de gaz ; des douleurs, quelquefois nulles et souvent très faibles, ainsi que l'ont souvent remarqué MM. Fouquier et Andral, précèdent l'action de vomir et semblent dépendre de la contraction des fibres musculaires gastriques; un sentiment de malaise insupportable et des nausées fréquentes sont les principales sensations que donne le viscère plus ou moins malade. Souvent après les vomissemens, beaucoup d'alimens restent dans l'estomac, comme la percussion plessimétrique en fournit la preuve. Fréquemment et lorsqu'il existe des ulcérations qui ont intéressé des vaisseaux, les matières vomies contiennent une substance noire semblable à de la suie ou à du marc de café, et qui n'est autre chose que du sang altéré. A ces accidens se réunissent souvent les signes physiques de la gastro-ectasie (1653). Si tout est vomi, les symptômes de maladie sont suspendus jusqu'à ce qu'une nouvelle digestion stomacale soit effectuée; mais ils reparaissent ensuite.

1653. Il n'est pas douteux que tous ces symptômes ne se dessinent, quelle que soit d'ailleurs la

nature de la gastro arctie ; mais certains caractères diagnostiques peuvent souvent servir à déterminer sa cause organique. Cette proposition est surtout applicable aux cas de *tumeur squirreuse*, *encéphaloïde ou autre*, développée autour ou au voisinage du pylore. Dans ce cas, la palpation trouve une masse irrégulière, bosselée, plus ou moins arrondie, située sur le lieu qui correspond au siège ordinaire de l'orifice inférieur de l'estomac. Si elle est très volumineuse, la percussion fait reconnaître, au-dessous du foie, de la matité et de la résistance au doigt. Il arrive par fois que cette tumeur, bien qu'appartenant au pylore, se retrouve vers l'ombilic ou au-dessous de lui, ou même un peu à gauche. C'est qu'alors l'estomac a éprouvé un véritable déplacement par suite du poids de la tumeur et des altérations de fonctions qu'elle a déterminées. Tantôt cette tumeur touche au foie, et d'autres fois elle en est séparée ; la palpation fait juger de ce fait, et la percussion trouve alors de la sonoréité entre le foie et la tumeur. Joignez à ces symptômes les signes généraux qui résultent de la présence ancienne d'un carcinôme, un faciès spécial (n° 1641), un amaigrissement porté souvent jusqu'au marasme, un ventre très plat, et vous aurez le tableau des principaux signes de cette terrible maladie.

1654. Quant à la gastroarctie pylorique *due à une contraction des fibres musculaires*, l'absence d'une tumeur appréciable à la main ou à la percussion, le peu de persistance dans les symptômes, leur apparition momentanée et leur disparition prompte, la fréquence des névralgies sur le sujet de l'observation, la constriction très marquée du sphincter de l'anus qui porte à croire que le pylore est dans le même état de resserrement, pourraient faire

soupçonner cette affection. Si l'on conservait des doutes sur ce sujet, il serait, peut-être, bon de se conduire d'abord dans la pratique, sous le rapport du pronostic et du traitement, comme s'il ne s'agissait que d'une affection spasmodique du pylore.

1655. *Gastroectasie* (augmentation de volume de l'estomac). Les caractères diagnostiques de cette affection sont les suivans : 1° sonoréité tympanique très marquée dans une très grande étendue de la partie supérieure de l'abdomen, alors que l'estomac est distendu par des gaz. 2° Tout au contraire, lorsque beaucoup d'alimens ou de liquides sont contenus dans cet organe, soit que le malade vienne de les prendre, soit qu'ils y séjournent depuis longtemps, la matité est très marquée dans un vaste espace, et quelquefois s'étend jusqu'au pubis. 3° Bruit hydro-pneumatique au niveau des liquides contenus dans l'estomac, variant dans la circonscription de l'espace occupé par cet organe, et cela en raison des changemens de position du corps du malade qu'on examine. Ceci a lieu lorsque l'estomac contient à la fois des liquides et des gaz. 4° Extension du lieu où ces signes sont fournis, alors qu'on fait prendre des quantités nouvelles d'alimens ou de boissons. 5° Dans quelques cas, l'épigastre fait entendre, à l'occasion d'une secousse imprimée au corps du malade, un bruit de flot très remarquable, et ce bruit est encore très sensible à la main qui palpe l'abdomen. Ceci a encore lieu lorsque des liquides et des gaz sont contenus à la fois dans l'estomac. Enfin des symptômes de gastropathie, d'agastronervie, ou de gastroarctie, et quelquefois enfin (comme cela arrive aux hommes atteints de polyphagie) la possibilité d'engloutir dans un seul repas de grandes quantités d'alimens, se font remarquer.

1656. *Dysgastronervie* (troubles dans l'action nerveuse de l'estomac). Il est une foule d'états particuliers de l'estomac où il semble qu'il n'y ait d'autres lésions qu'une modification dans l'innervation. Ces affections sont peu connues; elles ont été, très à tort, réunies sous le nom de gastralgie. C'est, peut-être faute de mots, qu'on n'a pas ici mieux précisé les choses. Cependant, pour nous éloigner le moins possible des idées et du langage reçus, nous ne donnerons les caractères que de deux variétés de la dysgastronervie.

1657. 1° *Gastralgie* (douleur névralgique de l'estomac), Plusieurs des signes énumérés à l'occasion de l'hypogastrite lui sont communs avec la gastralgie; mais, dans celle-ci, les douleurs sont en général beaucoup plus vives, et ne sont en rien proportionnées à l'intensité des autres symptômes; elles ont les caractères les plus divers, et consistent dans des sensations de tiraillement, de déchirement, de torsion, de chaleur, etc. En général, elles existent, surtout, lors de la contraction de la membrane musculeuse; souvent elles s'étendent de l'hypochondre gauche vers le droit, et se propagent fréquemment, jusques vers la région dorsale. On a dit à tort que la pression de l'estomac ne les augmentait pas. Le contraire est souvent observé. Quelquefois l'abord des alimens dans l'estomac, en quelque petite quantité qu'ils soient, arrête la gastralgie d'une manière subite : parfois les substances nourrissantes, les vins généreux les calment et même, quelquefois, les guérissent au lieu de les exaspérer. Il arrive que les douleurs remontent vers l'œsophage et jusqu'à la gorge, et alors le pharynx douloureux, au même degré et d'une même manière que l'estomac, ne paraît pas

rouge. Extension fréquente de la névralgie gastrique dans la profondeur des côtés droit et gauche du thorax, et quelquefois aussi vers les membres. Son retour est quelquefois périodique, et M. Andral en cite un cas remarquable. D'autres fois elle se déclare par accès très irréguliers dans leur retour. La gastralgie alterne souvent avec des névralgies de la tête, du tronc, des extrémités, et surtout de l'utérus (métralgie). C'est même là un de ses caractères diagnostiques les plus importans. Le vomissement est assez fréquent dans la gastralgie; mais rarement les alimens sont vomis. M. Jolly a cherché à établir, dans un tableau comparatif, qu'il est bon de consulter, les principaux caractères diagnostiques de la gastralgie et de la gastrite (*Dict. med. prat. t.* 9. *p.* 57).

1658. 2° *Agastronervie* (défaut d'action nerveuse de l'estomac). Malheureusement on a confondu ce cas avec la gastralgie. Il en diffère notamment; dans l'un, il y a défaut, et dans l'autre excès ou action anormale de l'influence nerveuse. Dans l'agastronervie, la digestion ne se fait pas ou se fait mal. Le plessimètre trouve l'estomac rempli d'alimens longtemps après leur ingestion. Cette affection est, avec des nuances variées, fréquente sur les hommes qui exercent beaucoup les yeux ou le cerveau; sur ceux qui prennent des bains de pieds chauds après le repas; sur ceux qui sont tout à coup saisis d'une passion violente ou d'une maladie grave. L'indigestion est alors la conséquence de l'agastronervie, et cette indgestion a pour caractères les circonstances commémoratives de l'ingestion des alimens; la présence de ceux-ci dans l'estomac constatée par la percussion; des éructations de gaz; souvent des vomissemens, et des

phénomènes locaux et généraux de gastropathie de l'estomac, telles que le pyrosis, la boulimie, le pica, etc.

## §. 4. *Exploration des intestins.*

1659. Inspection. Le duodénum est trop profondément placé pour qu'on puisse juger du lieu qu'il occupe par l'inspection des parois abdominales. Quant au jéjunum et à l'iléon, comme ils sont en grande partie superficiellement placés, et comme ils sont placés en général dans la partie moyenne et inférieure de la face antérieure de l'abdomen, il en résulte que leurs variations de volume peuvent en quelque sorte être reconnues, ou du moins supposées, par la saillie ou la dépression de l'espace auquel ils correspondent. Il faut avouer cependant, que les gros intestins partageant souvent l'état de vacuité ou de plénitude des intestins grêles, empêchent ordinairement que la forme en rapport avec la masse de ceux-ci soit apparente à l'extérieur. Dans les cas d'aëro-entérectasie (tympanite intestinale), occupant les intestins grêles, on observe une tumeur remarquable faisant saillie au niveau de l'ombilic. Dans l'entéropathie saturnine (colique métallique) et dans les affections où les intestins grêles sont en grande partie vides de gaz, les parois abdominales déprimées au centre touchent presque la colonne vertébrale. Sur des sujets très amaigris, on observe souvent au moment des contractions péristaltiques, des mouvemens apparens en rapport avec le siége des intestins.

1660. Il arrive, parfois, que les diverses parties du colon sont très distendues par du gaz et que les parois de l'abdomen sont d'une grande mollesse. Alors on voit la forme du ventre être telle, qu'il y a une saillie remarquable sur les points qui correspondent au gros intestin, c'est-à-dire, tout alentour de la masse du jéjunum et de l'iléon. C'est principalement vers le cœcum et l'S iliaque que cette saillie de l'abdomen est marquée, ce qui s'explique par le grand volume de ces viscères, et par le peu de force des fibres musculaires de la paroi abdominale qui les recouvre. Lorsque les gros intestins sont vides de gaz, et lors même qu'ils contiennent une notable quantité de matières, on les voit souvent former en quelque sorte une dépression remarquable vers ces mêmes points, surtout lorsque les intestins grêles sont dilatés par des fluides élastiques.

1661. Lorsque la masse entière du tube digestif contient beaucoup de gaz, ou que ceux-ci sont uniformément dans les voies alimentaires; alors l'abdomen présente une forme globuleuse et plus ou moins saillante. Il est des cas extrêmes où cette saillie est démesurément prononcée, et il est d'une grande utilité d'en tenir compte et de l'apprécier. Or, il est un moyen facile d'y parvenir : on suppose une ligne tirée directement de l'appendice xiphoïde au pubis (ligne sterno-pubienne), et regardant horizontalement et latéralement l'abdomen du malade, on apprécie très exactement de combien de pouces et de lignes le sommet du ventre dépasse cette ligne. J'ai tiré souvent, dans l'anhématosie par le refoulement du diaphragme, beaucoup de parti de ce mode d'exploration. Les mêmes considérations sont applicables à la distension des pa-

rois abdominales ou des intestins, quelle qu'en soit la cause.

1662. La palpation du jéjunum et de l'iléon se fait de la même manière que celle de l'aorte abdominale (456) et de l'estomac. Elle fait apprécier d'abord le degré de chaleur, de sécheresse ou d'humidité des parties de l'abdomen qui correspondent à ces intestins. Par un sentiment de résistance, d'élasticité, elle porte à supposer que ces parties contiennent des gaz en quantité notable. Par une sensation de mollesse, par un défaut d'élasticité, elle conduit à croire que les intestins contiennent des liquides; par la résistance marquée, ressentie par la main, elle fait reconnaître la présence de tumeur dans le mésentère. Par une sensation de déplacement au-dessous de la paroi qu'on explore, elle porte quelquefois à juger des mouvemens que l'intestin exécute pour porter plus loin les gaz ou les matières qu'il contient, etc. Il arrive même que par la palpation, jointe à la pression et à certains mouvemens d'allée et de venue imprimés par la main aux parois de l'abdomen, on découvre des tumeurs arrondies et cylindriques formées par l'intestin que distendent des gaz ou des matières. Il faut bien se rappeler de ce fait et ne pas toujours croire à l'existence d'une tumeur carcinomateuse ou d'un corps solide dans l'abdomen, précisément parce qu'on trouve par la pression une masse arrondie ayant son siége sur un point correspondant à l'intestin grêle. Lorsque cet organe contiendra des gaz, la percussion donnant un son clair et de l'élasticité, fera d'ailleurs éviter cette méprise; mais elle ne la préviendra que s'il renferme des substances pâteuses ou solides. Tel fut un cas observé à la Salpétrière, il y a quelques années : une anse

intestinale remplie de matières, renfermée entre deux rétrécissemens et de la grosseur d'un œuf de poule, formait à gauche de l'ombilic une tumeur où la percussion donnait lieu à une légère matité. A la mort seulement, on reconnut la véritable nature de cette affection.

1663. Il est assez rare que la pression, jointe à la palpation des intestins grêles, y fasse découvrir la présence de matières fécales, parce que celles-ci y acquierent en général fort peu de solidité. Il n'en est pas ainsi pour les diverses parties du gros intestin. Là, se retrouvent souvent, surtout pour les trois dernières portions du colon, et principalement pour la dernière, des tumeurs dures, bosselées, inégales au toucher, tantôt bornées à un seul point, tantôt disséminées sur diverses parties de l'étendue du viscère : on y rencontre souvent des corps arrondis, peu volumineux, disposés en chapelet les uns à côté des autres, résistant au doigt qui les presse, et, se déplaçant soit par une pression plus forte, soit à l'occasion de la contraction péristaltique de l'intestin. Ils suivent assez exactement, dans leur progression ascendante, la direction connue du colon. Or, il est évident qu'il s'agit ici des matières contenues dans les gros intestins.

1664. Il faut surtout ne pas prendre pour une affection cancéreuse une tumeur cylindroïde, allongée, bosselée et assez résistante au doigt, que l'on trouve quelquefois sur les sujets maigres, et qui s'étend vers l'ombilic ou au-dessous de lui, d'un hypochondre à l'autre, ou offre encore une obliquité plus ou moins marquée. C'est en effet le colon dont il s'agit ici, et il est bon de se rappeler que cet intestin a des parois assez fortes et des fi-

bres musculaires assez solides pour résister, même alors qu'il ne contient pas de matières, à la main qui le presse, et pour donner à celle-ci la sensation d'un corps dur. J'ai vu plusieurs médecins très inquiets de trouver sur eux-mêmes un semblable symptôme et s'imaginer être atteints d'un squirrhe du pylore. L'un d'eux, pendant dix ans, avait été très tourmenté de cette idée, et appelait *sa corde cancéreuse* ce qui n'était qu'une disposition très naturelle du colon. Un des meilleurs moyens pour dissiper ces craintes, c'est de faire exécuter ou d'exécuter de légères pressions sur l'intestin, d'éveiller ainsi ses contractions, ou de déterminer mécaniquement la progression des matières vers l'S iliaque. Bientôt se manifestent de petites coliques semblables à celles qui précèdent les selles, et bientôt aussi la prétendue tumeur disparaît. Un lavement purgatif sert encore très bien à reconnaître le véritable caractère des tumeurs qu'on croit découvrir dans la région occupée par le colon transverse.

1665. On peut trouver aussi par la palpation de la région iliaque droite, et sur le lieu que le cœcum occupe dans l'état normal, un engorgement en général profond, une dureté plus ou moins étendue et prononcée, au centre desquels la fluctuation se prononce plus tard. Lorsque de semblables accidens se déclarent à la suite des fièvres graves, il ne faut pas oublier qu'il peut s'agir ici de ces abcès dans le tissu cellulaire qui entoure le cœcum, et qui résultent quelquefois d'une perforation affectant le centre d'une ulcération de cet intestin.

1666. Les résultats que donne la percussion des intestins sont très nombreux et d'une grande utilité pratique. Enumérons ici quelques-uns d'entre

eux en renvoyant pour les expériences et pour le manuel opératoire aux ouvrages spéciaux sur ce sujet :

1667. 1° Les gros intestins donnent, par la percussion médiate qui seule, peut, dans ce cas, être pratiquée avec fruit, un son clair, s'ils contiennent des fluides élastiques ; mat, s'ils renferment des substances solides ou liquides ; un bruit humorique ou hydro-pneumatique, s'ils contiennent à la fois des liquides et des gaz. En même temps le doigt qui percute trouve de l'élasticité si l'organe renferme des fluides élastiques ; de la résistance, s'il contient des substances solides ; un toucher pâteux, s'il s'agit de matières molles. En général, l'intensité du bruit tympanique, donné par l'intestin, correspond à la dimension de ces organes. De ces faits, résulte une série d'applications diagnostiques fort importantes.

1668. 2° Dans l'état normal, les diverses parties du colon remplies de gaz, donnent un son plus clair que l'intestin grêle, et cela est surtout vrai du cœcum et de l'S iliaque. C'est surtout quelque temps après la digestion stomacale que le jéjunum et l'iléon donnent lieu à des sons plus obscurs que ceux qui sont fournis par les gros intestins.

1669. 3° D'après ces données et d'après les notions anatomiques connues sur la situation des diverses parties du tube digestif (1), on peut déterminer, par les diverses natures de son qu'on obtient, la place qu'occupent dans l'abdomen les différen-

(1) Le gros intestin est le plus souvent disposé presque circulairement autour de l'intestin grêle ; de telle sorte que commençant en bas et à droite, il passe au-dessus du jéjunum et de l'iléon pour redescendre à gauche, se plonger dans le bassin et se terminer à l'anus.

les parties du tube digestif et préciser quels sont leurs rapports avec tel ou tel point des parois.

1670. 4° Les injections dans l'anus de liquides (dont la quantité est proportionnée à la hauteur à laquelle on désire obtenir dans l'intestin des variations de son), servent encore mieux à déterminer, par la percussion, la place qu'occupe dans l'abdomen telle ou telle partie de ce viscère. Les sensations de sonoréité et d'élasticité éprouvées par le doigt qui percute les points où parvient le liquide indiquent en effet que les régions de l'abdomen qu'on explore sont occupées par le gros intestin, et si les sons ne varient pas, malgré les injections abondantes, on peut en déduire, lorsque rien d'ailleurs n'indique qu'il existe d'obstacles au passage des matières, que l'estomac ou les intestins grêles sont situés sur ce point. On peut limiter ainsi l'étendue qu'occupent les anses intestinales qu'on examine.

1671. 5° Lorsque l'on vient à changer la position du malade, la matité ou le bruit hydro-pneumatique en rapport, l'un avec la présence de liquides, l'autre avec celle de liquides et de gaz dans les gros intestins, reste dans la même place, ou ne change ordinairement de position qu'avec lenteur. Toutefois, quand les matières sont très aqueuses, le déplacement peut être assez prompt; mais il n'a jamais lieu alors que dans des espaces limités et qui correspondent aux gros intestins. C'est le contraire pour l'hydro-péritonie, dans laquelle le son peut devenir mat sur la région de l'abdomen correspondante à l'intestin grêle, lorsque la région ombilicale est déclive par rapport aux autres parties du tronc.

1672. 6° L'augmentation de la sonoréité de l'ab-

domen, dans toute l'étendue de celui-ci, annonce en général que les intestins sont distendus par des gaz abondans. Ce symptôme est quelquefois très grave.

1673. 7° La présence d'une sonoréité anormale, exagérée, dans l'intestin grêle, tandis que les gros intestins donnent lieu à de la matité, indique que des gaz distendent les premiers de ces viscères, et souvent que des matières stercorales existent dans les seconds et gênent l'expulsion de ces gaz.

1674. 8° En général, une matité très marquée de la dernière portion de l'intestin grêle, lorsqu'en même temps les gros intestins sont très sonores et très élastiques, conduit à penser que le jéjunum et l'iléon sont rétractés et revenus sur eux-mêmes (ce qu'on observe quelquefois à la suite d'une vive inflammation) et que des gaz distendent les gros intestins. Dans ce cas, la matité des intestins grêles peut être également due à l'accumulation des liquides dans leur cavité. Il est difficile de distinguer cette circonstance de la simple rétraction de ces viscères. Toutefois, comme la présence de matières dans le jéjunum et l'iléon doit nécessairement augmenter le volume de ceux-ci, il en résulte que la dimension de l'espace qu'ils occupent sera plus considérable dans les cas de stercorentérectasie, (dilatation de l'intestin par des fécès), que dans ceux de simple rétraction. La présence du bruit hydro-pneumatique dans l'intestin grêle, est ici un document précieux pour y faire admettre la présence de liquides et de gaz.

1675. 9° Une matité prononcée dans le cœcum et dans l'S iliaque, sont d'excellens indices de la constipation. Si cette matité est accompagnée d'une sensation de résistance au doigt, les matières sont

dures; le contraire a lieu dans une circonstance opposée. D'après l'étendue et le degré de cette matité, on peut, approximativement, juger de la quantité de fécès que l'intestin contient. Une dissertation fort remarquable sur la constipation et sur les signes que la percussion médiate fournit dans ce cas, a été soutenue à la fin de 1833 par M. Raciborsky, à la Faculté, et mérite d'être lue par ceux qui veulent être au niveau de la science (1).

1676. 10° Par la comparaison que l'on établit entre le siége d'une douleur abdominale et la présence des bruits que donne la percussion, on reconnaît, dans certains cas, le siége d'une douleur intestinale.

1677. 11° Si un rétrécissement dans les gros intestins est situé assez haut pour ne pouvoir être exploré avec le doigt ou le cathéter, il est possible, à l'aide d'injections abondantes dans le rectum, et qui s'élèvent jusqu'au rétrécissement sans pouvoir le dépasser, de déterminer la hauteur de la lésion; car au-dessous se trouvera la matité des liquides injectés, et au-dessus la sonoréité des intestins

---

(1) Depuis quelque temps je me suis beaucoup occupé des signes fournis par la percussion des régions iliaques. Ces signes sont d'une extrême utilité pratique, et conduisent souvent à l'emploi rationnel des purgatifs. Il faut bien prendre garde de confondre des engorgemens lymphatiques ou des tumeurs avec l'accumulation des matières dans les gros intestins. Dans ces deux circonstances le son est mat; mais dans la stercorentérectasie, le plus souvent il y a moins de résistance au doigt que lorsqu'il s'agit de tumeurs ou d'abcès commençans de la fosse iliaque. Il arrive même que l'on peut déplacer la matité produite par les fécès, en forçant ceux-ci par des pressions, à cheminer dans les intestins. Ce moyen de diagnostic est d'un grand prix. Il est encore possible, dans quelques cas, de suivre la matité dans les colons ascendant, transverse, descendant et iliaque, de dessiner la forme de l'espace occupé par le son mat, et d'avoir ainsi la preuve qu'il s'agit bien des gros intestins remplis de fécès.

remplis de gaz. Les applications chirurgicales de ce fait peuvent être d'une grande importance.

1678. 12° Dans les cas où des anses d'intestin sont engagés dans des hernies, on reconnaît, par la nature des sons que donnent ces organes remplis de gaz, qu'il s'agit du tube digestif. Si par les injections dans le rectum, ces bruits sont modifiés, il est évident qu'il s'agit du gros intestin. Il n'est pas de chirurgien qui ne comprenne l'importance pratique de ce fait.

1679. 13° Quand, dans l'entérorrhée, les selles se sont arrêtées à la suite de l'emploi d'un médicament, il n'en faut déduire que la maladie est guérie, qu'autant que la percussion médiate ne trouve plus de matité ou de bruit humorique dans le cœcum et l'S iliaque. Dans un grand nombre de cas, la présence de tels bruits, observée dans les intestins, a fait admettre que la diarrhée reparaîtrait, ce que l'événement a vérifié.

1680. 14° On peut encore retrouver, par la percussion plessimétrique, les sons des intestins jusque dans la profondeur du bassin. C'est ce qui a lieu lorsque la vessie et l'utérus sont vides. Pour obtenir ces résultats, on peut déprimer fortement le bas-ventre avec le plessimètre et plonger, en quelque sorte, celui-ci dans la cavité pelvienne, ou bien percuter médiatement le pubis et les échancrures sciatiques. Quand ces dernières parties ou le sacrum donnent un son très clair, le rectum, l'utérus, la vessie et le péritoine sont dans l'état de vacuité.

1681. L'AUSCULTATION des bruits qui ont lieu dans les intestins ne fournit qu'un petit nombre de faits pratiques, et la plupart des considérations établies précédemment, à l'occasion de l'audition des bruits

gastriques, sont applicables à ceux des intestins. Souvent ces organes font entendre un bruit spécial dont le timbre et l'intensité varient en raison d'un grand nombre de circonstances. C'est une sorte de glou-glou, de roulement prolongé, auquel on a consacré le nom bizarre de *borborygme*, dont la consonnance rappelle assez bien le bruit dont il s'agit. Tantôt, celui-ci est assez aigu, mais le plus souvent il est grave, sonore et prolongé. Il imite quelquefois le mugissement ou le grognement de certains animaux. On l'observe sur les personnes de tout âge et de tout sexe; mais ce sont surtout les femmes très impressionnables et principalement celles qui sont à l'époque des règles, ou dans des accès de métralgie (hystérie), qui éprouvent les borborygmes les plus bruyans. Sur une infirmière de la Salpétrière, ils étaient si forts et si marqués, qu'on les entendait à plusieurs mètres de distance, et qu'ils imitaient le roulement de plusieurs tambours. On remarque fréquemment de semblables bruits sur les hypochondriaques. Les borborygmes sont le résultat du déplacement des gaz contenus dans les intestins lors de la contraction de ceux-ci. Plus le mouvement est violent, plus la quantité de fluide déplacé est notable, plus aussi ces bruits sont prononcés. Les principales indications diagnostiques ou pronostiques qu'ils fournissent sont les suivantes :

1682. Souvent les borborygmes annoncent le retour prochain de l'appétit sur la plupart des hommes; ils précèdent aussi le besoin de rendre des fécès et sont un des symptômes de la constipation. Ces borborygmes qui suivent la direction du colon sont le plus fréquemment suivis d'évacuations alvines. Sur les personnes atteintes de diarrhée, on croirait

entendre qu'ils déplacent des liquides, et dans ce cas, ils précèdent souvent des selles liquides abondantes; par conséquent, dans les affections telles que l'entérite typhohémique et le choléra, où l'entérorrhée est quelquefois cause de la perte de la sérosité du sang et de la mort, ils sont de mauvais signes. Dans des cas pareils, lorsque le pouls est très faible, le malade exsangue, ils annoncent, parfois, les selles colliquatives des derniers temps de la vie. A la suite d'un purgatif, ils indiquent que le médicament agit. Dans l'entéropathie saturnine, ils annoncent que le mouvement de l'intestin se rétablit. Sur certaines femmes, ils portent à croire que les règles ne tarderont pas à paraître; observés sur d'autres, ils sont en quelque sorte les prodrômes de la métralgie, etc.

1683. Les matières rendues par les selles étaient, pour les anciens, la source de nombreuses recherches, et peut-être les modernes négligent-ils trop ce mode d'investigation.

1684. *La quantité* des fécès rendus dans les vingt-quatre heures et à chaque évacuation alvine, doit être dans beaucoup de cas notée avec le plus grand soin. Dans l'état normal, elle est à peine de seize à trente onces; dans l'entérite et la colite, elle s'élève quelquefois à quatre à cinq livres. Dans certaines formes de ces affections, telles que celles dysentérique, typhohémique, pyohémique et surtout cholérique, elle peut s'élever à dix livres et même plus. Il faut ici noter, au moins approximativement, la proportion relative des alimens ou des boissons prise par le malade, et des selles qui ont lieu dans un jour. Il est non moins utile de tenir compte de la durée du temps qui s'est écoulé depuis que les évacuations sont devenues fréquentes. Lorsque de nombreuses selles ont lieu depuis peu d'heures, lorsqu'en même temps elles

deviennent médiocrement liquides, quelles sont en grande partie constituées par des fécès, et surtout, lorsque les jours précédens le malade a éprouvé de la constipation, et a continué à prendre des alimens, il ne faut pas s'en inquiéter. Elles constituent alors ce que Sauvages appelle diarrhée stercorale, et le vulgaire, *bénéfice de nature*; toutefois, il faut encore se défier de ces accidens; car il arrive quelquefois alors que les évacuations persistent les jours suivans avec un caractère très différent; c'est ce qu'on observe parfois dans l'entérite typhohémique. En général, lorsque la quantité des matières évacuées par les selles dépasse de beaucoup celle des boissons ou des alimens ingérés, c'est aux dépens de la sérosité du sang que ce phénomène a lieu. Le danger de ces évacuation est subordonné à l'abondance des matières excrétées dans un temps donné. Il est des cas où l'on peut dire que le sang se perd aussi complètement par les selles que dans l'hémorrhagie. Le choléra en offre un exemple remarquable. Il reste, il est vrai, du sang dans les cadavres d'individus morts de cette sorte, mais sur plus de cent animaux que j'ai fait périr d'hémorrhagie, il y avait encore du sang dans la plupart des organes, et les sujets étaient évidemment morts de polyanhémie. D'ailleurs, dans le choléra, c'est plutôt la sérosité qui se perd par les selles que le cruor. Celui-ci reste dans les tissus, mais il y séjourne, épais, consistant et incapable de bien circuler. C'est ce que M. le docteur Bally a très bien étudié dans l'histoire qu'il a tracée du choléra (entérorrhée cholérique). Evidemment, dans des cas pareils, c'est moins l'inflammation qu'il s'agit de combattre que l'écoulement intestinal qui fait perdre la sérosité du sang.

1685. Remarquez ici que les selles paraissent

souvent arrêtées sans que pour cela l'écoulement ait cessé ; c'est-à-dire, que les matières peuvent séjourner en très grande quantité dans l'intestin et le distendre, déterminer la mort par entérorrhée, alors que les évacuations alvines sont entièrement supprimées. Sur le cadavre, et dans des cas pareils, nous avons trouvé plus de vingt fois les matières accumulées dans l'intestin, et ce fait avait été reconnu pendant la vie, soit à l'aide du son mat que le plessimètre avait permis de distinguer dans le tube intestinal (1672), soit par l'augmentation du volume du ventre, comparativement à ce qu'il était les jours précédens.

1686. De ce qui a été dit précédemment, relativement à l'influence fâcheuse des évacuations alvines sur la quantité de sang qui circule, ressort l'explication, 1° de la mort prompte qui, dans les maladies aiguës ou chroniques, suit la diarrhée abondante de l'agonie ; 2° de l'influence qu'ont certains purgatifs sur les maladies inflammatoires ; 3° de la faiblesse où jettent les évacuations alvines provoquées outre mesure. Rien, en effet, n'est plus faux que de dire : que les purgatifs énergiques affaiblissent moins que les saignées.

1687. En général, la suppression des selles dans les maladies de l'intestin, lorsque ces évacuations ont été d'abord très abondantes, est plutôt un phénomène favorable que de mauvais augure ; mais, pour qu'il en soit ainsi, il faut que l'on ne constate pas en même temps, par la percussion, la présence et l'accumulation des matières dans l'intestin.

1688. *Le nombre* des selles, dans un temps donné, a aussi une grande valeur diagnostique; mais avant tout, il faut s'informer si en santé ce nombre est

ou non considérable. La plupart des hommes ont une évacuation alvine dans les vingt-quatre heures. D'autres personnes, et ce sont surtout celles qui ont pris l'habitude de retenir les fécès, ou qui, telles que les femmes qui mènent une vie sédentaire, n'en ont que tous les huit ou dix jours ou même plus rarement. Il est des individus qui ont plusieurs selles dans les vingt-quatre heures. En général, et en tenant compte de l'influence de telle ou telle espèce d'alimentation ou de médication, on peut dire que, dans toute maladie aiguë ou chronique, le nombre considérable des évacuations alvines, pendant plusieurs jours, est un mauvais symptôme; que leur suppression absolue est l'un des caractères les plus remarquables de l'entéropathie saturnine (colique de plomb); que leur fréquence est l'un des plus mauvais signes dans l'entérite typhohémique, dans l'entérorrhée cholérique, dans la dysenterie, dans l'entéropathie pyohémique, tuberculeuse, etc.

1689. Il faut noter ici une double circonstance coexistante, très importante. C'est d'une part, la *fréquence* des évacuations, et de l'autre, la *quantité* des matières évacuées à chaque fois. Souvent, en effet, le malade se plaint d'avoir été un grand nombre de fois à la selle dans les vingt-quatre heures, sans qu'il en soit résulté de grands inconvéniens pour sa vie; c'est lorsque les matières excrétées ont été à chaque fois en très petite quantité. On observe souvent cet accident dans la rectite et dans la prostatite, ainsi que dans les cas où le rectum contient des fécès indurés. Il faut donc, pour ne pas hasarder son pronostic, lorsque les selles ont été fréquentes, s'enquérir avec soin de la quantité de matières rendues à chaque évacuation.

1690. *La consistance*, la forme des matières stercorales doivent encore être notées : en général, elles sont d'autant plus molles que le cas est plus grave; et plus elles sont liquides, plus elles ont d'inconvéniens; sur les jeunes enfans, elles sont peu consistantes. Leur dureté extrême, leur aspect moulé et granuleux sont en général des indices que l'intestin en contient plus haut de notables proportions. Cela est surtout vrai quand les derniers fragmens des matières rendues ont ce même aspect. Dans cet état, elles sont souvent une cause de contraction spasmodique des sphincters de l'anus, d'hémorrhoïdes, de fistules et de fissures à l'anus. M. Roux signalait très bien, dans ses leçons, les accidens qui résultaient de la difficulté de rendre les fécès, et donnait à celle-ci le nom très convenable de dyscoprotie. Lorsqu'il existe un rétrécissement du rectum, la forme allongée et le peu de diamètre du cylindre qui traverse l'anus, peuvent faire juger du degré de ce rétrécissement. Il s'est trouvé des circonstances dans lesquelles on croyait à l'existence de coarctations du rectum; cependant, des matières volumineuses et arrondies, rendues les jours suivans, ont fait voir que ce rétrécissement n'était rien moins que persistant. Dans le cas de tumeur développée latéralement sur les parois du rectum, les matières excrétées présentent par fois une sorte de rainure que cette tumeur a produite.

1691. *La couleur* des matières rendues par les évacuations alvines, mérite aussi d'être notée. Plus foncées que dans l'état normal, toutes choses étant égales du reste du côté de l'alimentation, elles supposent en général que ces matières ont séjourné dans l'intestin. Quelquefois elles ont

une apparence presque noire. Lorsqu'elles sont d'une teinte d'encre, c'est le plus souvent du sang qui les colore de cette sorte. Ce sang peut provenir de l'estomac, des intestins grêles et des gros intestins et présenter la même teinte. Plus il est noir, et plus il a séjourné dans le tube digestif. Il faut prendre garde de confondre cette teinte noire des fécès avec celle qui est le résultat de l'emploi de certains alimens ou de certains médicamens. L'usage du fer à haute dose communique aux selles une teinte très foncée. La couleur vert-sombre ou jaune-verdâtre des fécès est souvent en rapport avec la présence de la bile dans l'intestin. Quelquefois c'est évidemment du fluide biliaire, presque pur, qui est rendu sous la forme d'une substance verte, de consistance sirupeuse. Les selles peuvent être colorées en vert par des substances végétales qu'on aurait prises. Les jeunes enfans, surtout ceux qui sont à la mamelle, rendent quelquefois, à la suite d'entérorrhées, des matières couleur d'épinards et qui, annonçant presque toujours un assez grand danger, se retrouvent dans la gastro - malaxie (ramollissement de l'estomac). D'autres fois, les matières stercorales sont blanchâtres. Cela a surtout lieu lorsqu'on a fait du lait sa principale nourriture. Le plus souvent, des selles, d'un blanc sale, légèrement jaunâtre, coïncident avec la suppression de l'abord de la bile dans l'intestin. Aussi est-ce dans l'ictère que ces évacuations ont le plus fréquemment cette couleur. Je les ai rencontrées ordinairement telles, lorsque la percussion me faisait trouver la vésicule biliaire dilatée au-dessous du foie. La teinte rouge-vermeil des matières fécales annonce que du sang vient de couler des parties de l'intestin voisines de

l'anus, et qu'il n'y a pas séjourné; autrement il serait noir. Aussi ce sang est-il presque toujours à la surface des fécès endurcis. Cependant, dans la colo-rectite (dysenterie), il est mêlé sous forme de stries rougeâtres à des substances demi-liquides ou liquides; mais encore ici, le sang provient du gros intestin. Les évacuations alvines peuvent aussi être colorées en jaune par le safran, la rhubarbe, la gomme gutte, etc.

1692. Des selles ont quelquefois l'apparence du chyle; c'est ce qu'on a appelé lienterie. Rien ne prouve ici qu'il s'agisse, en effet, du chyle; mais ce symptôme, qu'on observe en général sur les enfans, est de mauvais augure.

1693. La composition des selles est aussi variable en santé que les espèces d'alimens sont différentes. Il faut toujours se rappeler que, sur l'homme le mieux portant, certaines substances, les carottes, les lentilles ou d'autres graines recouvertes de leur épiderme, l'albumine coagulée par la chaleur etc., arrivent au rectum, telles qu'elles étaient en parvenant dans l'estomac. On ne doit donc pas s'inquiéter de leur présence dans les fécès. Il n'en est pas ainsi de celle de substances ordinairement très digestibles, retrouvées dans les matières au même état où elles étaient dans la bouche. Ce défaut de digestion peut provenir d'une foule de causes organiques que les autres symptômes concourent à éclaircir: tantôt de ce que les alimens ont trop brusquement traversé le tube digestif pour être élaborés, tantôt de ce que l'action nerveuse de l'estomac s'est suspendue, tantôt de ce qu'il existe quelque inflammation gastrique ou intestinale, qui a fait cheminer rapidement les matières alimentaires, etc.

1694. Toutes les fois qu'un corps étrangers non alimentaire a été avalé, et qu'on a des raisons pour craindre que sa présence dans les voies alimentaires ne cause des accidens, il faut, pendant plusieurs jours, examiner les matières avec un soin extrême, pour l'y rechercher. Lorsque des poisons, portés dans le tube digestif, sont soupçonnés avoir déterminé une série de symptômes, il faut faire conserver les selles et soumettre celles-ci à l'analyse. Lorsqu'il s'agit d'accidens nerveux sur les jeunes enfans, ou de diarrhées qui persistent, il faut rechercher si les matières alvines contiennent ou non des ascarides lombricoïdes. Lorsque les malades éprouvent des démangeaisons dans l'anus, il est bon de savoir s'il s'y trouve des ascarides vermiculaires; lorsque des symptômes chroniques dans le tube digestif, un sentiment de tournoiement et quelques autres symptômes peuvent faire soupçonner le ténia, il faut recommander au malade de rechercher si les selles ne contiendraient pas quelques fragmens de vers plats. Lorsqu'on a fait prendre des anthelminthiques, on doit surtout rechercher si les fécès, rendus ultérieurement à l'emploi de ces moyens, contiennent des vers. S'il s'agit du ténia, il est indispensable de s'assurer si l'extrémité, très déliée, mais renflée, qu'on appelle la tête, est bien sortie à la suite de l'animal. On sait qu'il faut faire rouler celui-ci, au moment où il sort de l'anus, autour d'un corps cylindrique, et examiner avec soin et à la loupe, sa dernière extrémité, préalablement lavée dans l'eau tiède. Il faut encore se rappeler des caractère qui servent à distinguer les différens vers (1).

---

(1) 1° Ascaride lombricoïde (*ascaris lombricoïdes*), corps cylindrique, aminci à ses deux extrémités, d'un rouge plus ou moins foncé d'une à

1695. Des corps étrangers non animés, développés dans l'organisme, peuvent se retrouver aussi dans les fécès. Tels sont les calculs biliaires dont il sera parlé plus loin, les pierres stercorales formées par des matières endurcies.

1696. Les matières rendues par l'intestin peuvent être exclusivement constituées par des mucosités plus ou moins visqueuses et semblables à l'albumine. D'autrefois c'est un liquide presque analogue à de l'eau et qui ne paraît être que de la sérosité du sang rendue de cette sorte. Ordinairement de telles évacuations épuisent promptement, et c'étaient elles qui, semblables à de l'eau de riz, causaient l'anhydrohémie des

---

deux lignes de grosseur, d'un pouce et demi à six, neuf et douze pouces de long. Il est plus commun de lui voir des dimensions assez grandes, que de petites.

2° L'ascaride vermiculaire (*oxiuris vermicularis*), le mâle a une ligne ou une ligne et demie de longueur; il est très mince, son corps est blanc, élastique, la partie postérieure en est d'autant plus grosse qu'on l'observe plus près de sa terminaison, tandis que la femelle qui a quatre ou cinq lignes de longueur, se termine par une extrémité effilée.

3° Le ténia cucurbitain (bothriocéphale large, *tenia solium*); — longueur très variable, ayant au plus 24 pieds suivant Bremser, et beaucoup plus suivant d'autres; — très mince (un tiers de ligne) vers la tête, s'élargissant successivement jusqu'à 4, 5 à 6 lignes; — mince, transparent, ou épais et opaque; — tête fort petite, munie de 4 suçoirs, au milieu desquels se voit une protubérance convexe. Au centre est un cercle circonscrivant une petite ouverture à peine perceptible, et quelquefois entourée de crochets; — apparences d'articulations au corps, c'est-à-dire que des lignes comme étranglées séparent celui-ci en des portions plus longues que larges et toujours dépourvues de fossettes et de dards dans leur milieu. Latéralement aux articulations les plus considérables, se voient de petites protubérances papilliformes au centre desquelles est une ouverture. Des faits recueillis par Dehaën, Bremser, etc, prouvent que ce ver n'est pas toujours solitaire.

4° Bothriocéphale armée; plus large que le précédent; tête tétragone présentant deux ou quatre fossettes opposées; — articulations plus larges que longues: quelquefois elles se contractent, et il semblerait que l'animal n'est pas articulé; — au milieu de chaque articulation existe une fossette d'où s'élève quelquefois un petit dard. C'est là le caractère distinctif de ce ténia. Quelquefois il y a une seconde fossette, et d'autres fois les articulations sont perforées.

cholériques. De telles pertes de liquides sont toujours accompagnées d'un certain danger. Elles sont souvent le symptôme d'un état très inflammatoire, bien qu'il arrive parfois que des évacuations séreuses et spontanées semblent être plutôt le résultat d'une simple exhalation semblable à celle de la sueur, que d'une véritable phlegmasie : telles sont les entérorrhées qui suivent brusquement le refroidissement aux pieds et celles qui ont lieu subitement quelques momens avant la mort, et lorsque la peau est couverte d'une transpiration glacée.

1697. Des mucosités coagulées, moulées sur la forme de l'intestin ; mais inégales, déchiquetées sur les bords, sont rendues par certains sujets. Une telle évacuation n'est pas toujours aussi dangereuse qu'on pourrait le supposer : Une femme de la Salpétrière rendait, depuis de nombreuses années, des fragmens considérables de ces coagulations dont quelques-uns avaient plusieurs pieds de long, et près d'un demi-pouce de large. Cette femme n'éprouvait hahituellement que quelques coliques. Une dame hystérique rendit une portion si étendue de cette même matière qu'elle crut avoir le ténia, et qu'elle fut consulter un charlatan qui ne manqua pas de lui faire prendre une potion anthelmintique, pour guérir une maladie qu'elle n'avait pas. D'autrefois encore, quelques mucosités plus ou moins épaisses sont d'abord rendues, puis viennent les fécès qui sont alors mêlés avec elles. Ceci se remarque à la suite de la constipation, et quand les matières endurcies ont irrité le rectum par leur présence ou par leur passage. On a comparé la matière de certaines évacuations alvines à du frai de grenouille, et on a considéré cette apparence comme l'indice d'une inflammation profonde affectant les follicules.

1698. Les évacuations alvines sont souvent bilieuses, et cette bile varie en consistance, en quantité et en couleur. Des selles semblables peuvent se rencontrer dans des états organo-pathologiques très variés. Tantôt elles tiennent à ce que le duodénum irrité détermine un afflux de bile dans l'intestin, tantôt à ce que le foie est lui-même malade et a augmenté son action; ailleurs à ce que des secousses de vomissemens ont comprimé la vésicule et l'ont vidée dans l'intestin. D'autrefois enfin à ce qu'il a existé des obstacles au cours de la bile, et à ce que le fluide accumulé au-dessus s'est tout-à-coup échappé lorsque son passage sera devenu facile. On observe quelquefois de telles évacuations alvines à la suite des symptômes des calculs biliaires; nous reviendrons ailleurs sur ce sujet. Des selles bilieuses ont été rangées parmi les signes les plus caractéristiques des épidémies dites bilieuses. Toujours est-il, que, lorsqu'elles sont observées épidémiquement, elles annoncent au moins que la cause morbide a porté une action spéciale sur les voies biliaires.

1699. Le sang contenu dans les selles peut les colorer à l'extérieur et être disposé par stries. C'est ce qu'on observe, sutout lorsque sa source est dans le gros intestin et que des hémorrhoïdes le laissent suinter lors du passage des fécès. D'autrefois il est mélangé intimement avec les matières fécales. Plus la source du sang est profonde et plus ce mélange est complet. Plus aussi les matières sont fluides et plus elles sont colorées par le sang d'une manière uniforme. Quelquefois ce sang est rendu par les selles en grande quantité à la fois. Ordinairement cet accident est le résultat d'un écoulement qui provient d'hémorrohïdes situées aux environs de l'anus. Il peut même se faire qu'il en soit ainsi, bien que les gargouille-

mens et la percussion prouveraient que ce liquide est accumulé dans l'S iliaque ou le cœcum. J'ai vu, dans deux cas, le sang provenu d'hémorrhoïdes comme l'inspection le démontra, remonter très haut dans l'intestin, y séjourner, et être rendu plus tard à l'état liquide ou même en caillots. Quand un malade est atteint de polyanhémie ou d'hydrohémie, dont la cause n'est pas évidente, on doit s'enquérir avec soin s'il ne rend pas du sang par les selles. Dans deux observations une telle recherche m'a conduit à trouver la source du mal et à y remédier. D'autrefois le sang rendu avec les fécès provient de tumeurs carcinomateuses situées à une hauteur variable du tube digestif. Si la distance à laquelle le lieu affecté se trouve de l'anus est un peu considérable, le sang est alors noir; car il est altéré et perd sa couleur rouge par suite de son séjour dans les voies alimentaires et de son contact avec les sucs qui s'y trouvent. Le sang que contiennent les fécès est un des meilleurs caractères de la dysenterie ou plutôt de la colo-rectite; mais pour cela il faut que ce caractère soit joint aux autres signes de cette affection.

1700. Des mucosités puriformes ou même de véritable pus sont quelquefois rendus par les selles. Il est urgent, dans des cas pareils, d'en rechercher la source avec le plus grand soin. Souvent le pus provient d'abcès développés à la marge de l'anus et suivis ainsi de fistules borgnes internes. Les circonstances commémoratives de l'existence de tels abcès et l'examen de l'anus, font reconnaître une telle lésion. D'autres fois les liquides puriformes sont la conséquence d'une inflammation, plus ou moins aiguë, des gros intestins; c'est ce qu'on observe quelquefois dans la colo-rectite intense. Il se peut faire aussi que des abcès développés dans

le mésentère ou sur des parties voisines de l'intestin, viennent à s'ouvrir dans sa cavité, et que la matière qu'ils contenaient soit rendue par les selles. Alors on recueille souvent des détails sur l'existence antérieure d'une tumeur abdominale ou sur des symptômes qui lui sont propres; de plus, l'écoulement du pus a lieu d'une manière subite et sans être ordinairement précédé des signes de l'entérite. Des affections cancéreuses de l'utérus, des fistules uréthrales ou vésicales, etc., déterminent quelquefois aussi des abcès qui s'ouvrent dans l'intestin. Des selles, d'une apparence puriforme, sont parfois le symptôme d'une péritonite puerpérale parvenue à un degré avancé. C'est ainsi qu'à la Clinique de la Pitié, succomba une femme atteinte de métro-péritonite puerpérale, et dans les intestins de laquelle était une énorme quantité de sérosité purulente. Dans quelques autres cas de piohémie, les selles ont aussi offert plus ou moins les caractères du pus (1).

1701. D'après les considérations précédentes, la présence du pus dans les selles n'indique pas, d'une manière constante, qu'il s'agisse d'une inflammation actuelle de la membrane muqueuse intestinale. C'est l'ensemble des symptômes, la marche de la maladie, l'étude attentive des états organo-pathologiques offerts par le malade qui peuvent déterminer les rapports existans entre les selles puriformes et l'inflammation.

1702. Il arrive fréquemment que plusieurs des caractères précédens, présentés par les évacuations alvines, peuvent être combinés, et que l'on rencontre à la fois, dans les matières évacuées, de la sé-

---

(1) V. le *Traité de méd. pratique*, articles *pyohémie et entérite pyohémique*.

rosité, du mucus, du sang, de la bile et du pus, le tout mélangé à des débris d'alimens. En général, lorsque ces diverses apparences des liquides excrétés sont réunies, c'est qu'il y a réunion aussi des états organiques qui leur correspondent.

1703. Il résulte des paragraphes précédens que l'examen des selles est d'une grande importance, et que, malgré le dégoût qu'elle inspire, il est du devoir du médecin de faire cette exploration. M. Segond a même cherché, dans ces derniers temps, à établir des indications de traitement dans la dysenterie, d'après le caractère des selles. Il en admet trois formes principales : la mucoso-sanguine, la bilieuse et la séreuse; et il les combat : la première, par les antiphlogistiques; la seconde, par le calomel; la troisième, par l'ipécacuanha et l'opium.

1704. Dans l'état de santé parfaite, on ne rend guère de gaz par l'anus qu'en petite quantité, et principalement lorsqu'on évacue les fécès. En général, lorsque ces gaz sont abondans, c'est que les digestions sont mauvaises. Certains alimens tels que les haricots donnent lieu à leur dégagement abondant, surtout sur les personnes dont l'action digestive est languissante. Les grands mangeurs, les hommes de cabinet, ceux qui se nourrissent mal, les convalescens, sont très sujets à rendre des fluides élastiques par l'anus. Beaucoup de nuances d'entéropathies, surtout à l'état chronique, donnent lieu à la formation et à l'évacuation abondante de gaz, qui est souvent un symptôme d'indigestion et plus ordinairement encore de stercorentérectasie (distension des intestins par des fécès). Dans ce dernier cas, l'odeur de ces gaz est celle des matières stercorales portée à un très haut degré, ou encore celle de l'hydrogène sulfuré, et alors on se trouve

généralement bien de l'emploi des purgatifs. D'autres fois les fluides élastiques qui sortent par l'anus, ont l'odeur putride la plus prononcée; c'est ce qui a lieu lorsque l'on a été pendant quelque temps soumis aux émanations des cadavres ou à d'autres odeurs fétides. C'est un mauvais signe, dans les entéropathies, que cette fétidité extrême des matières et des gaz stercoraux; elle rappelle parfois celle de la gangrène et est l'expression symptômatique d'escharres, ordinairement de l'intestin, et plus rarement d'autres organes. L'odeur purulente des fécès correspond souvent à des ulcérations. Il en arrive ainsi à quelques phthisiques. La sortie abondante de gaz est un excellent signe dans l'aëro-entérectasie (distension de l'intestin par des gaz). Elle est alors ordinairement suivie d'une grande amélioration et de la cessation des symptômes de l'anhématosie par refoulement du diaphragme lorsque récemment ils existaient. Elle est non moins favorable dans l'étranglement ou dans l'engouement des hernies, parce qu'elle annonce alors que les matières reprennent leur cours. Dans certaines colonalgies (coliques), cette évacuation soulage, et même guérit. La suppression des évacuations gazeuses par l'anus, survenue à des malades sujets à cet accident, est souvent dans les maladies aiguës, un symptôme grave. L'aëro-entérectasie et l'anhématosie par le refoulement du diaphragme peuvent en être la suite. L'analyse chimique des gaz intestinaux rendus dans les maladies, pourrait fournir quelques données utiles; mais elle est à peu près inexécutable.

1705. La présence des gaz dans l'intestin et leur évacuation est-elle un signe d'inflammation? En général, on peut se prononcer pour la négative; à coup sûr, ce n'est pas d'ordinaire l'inflammation qui cause le dégagement des gaz. Seulement, lorsque

cet état pathologique empêche, par la douleur ou par des adhérences (comme il arrive dans la péritonite), la progression des fluides élastiques; lorsqu'il arrête la digestion, et fait que les matières alimentaires ou stercorales ne sont pas convenablement élaborées par les organes, il peut, d'une manière médiate, donner lieu à l'accumulation ou au dégagement de gaz.

1706. L'analyse chimique des fécès peut conduire à des inductions utiles dans les cas d'empoisonnemens. (Voyez le traité de *Toxicologie*) Elle n'a pas encore eu d'applications dans les autres points du diagnostic.

1707. SIGNES PHYSIOLOGIQUES. Dans l'état de santé, les intestins sont à peu près insensibles. Ce n'est guère qu'à l'occasion du passage de quelque gaz ou des contractions intestinales précédant la défécation, que le colon et le rectum deviennent le siége de douleurs très légères. En maladie, toutes les parties de l'intestin peuvent devenir excessivement douloureuses. Ces souffrances consistent dans des élancemens, des tortillemens, des arrachemens, des brûlemens, etc. Il en est de si vives, quelles ont reçu le nom de *coliques de miserere*, et que les malades se roulent quelquefois par terre en poussant des cris pitoyables. Les gros intestins sont bien plus souvent le siége de sensations pénibles que le jéjunum ou l'iléon. Les douleurs du rectum, surtout vers sa partie inférieure, sont parfois excessives, remontent quelquefois le long du tube digestif et sont suivies d'un sentiment de faiblesse et d'anéantissement général. Quelques douleurs intestinales, en remontant ainsi, semblent parvenir jusqu'à l'estomac, et déterminer la nausée et les vomissemens.

1708. Les douleurs intestinales se prononcent

comme signes dans une infinité d'affections. Légères, occupant le colon, elles sont l'indice du besoin de rendre les fécès. Ces souffrances du colon ont un caractère spécial et qui les distingue des douleurs de l'utérus ou de tout autre organe ; c'est qu'elles siègent au milieu du ventre, semblent partir du côté droit vers le cœcum, suivre le trajet de l'intestin, descendre à gauche et aboutir enfin vers le rectum, où elles éveillent le besoin de la défécation. Les douleurs des intestins grêles sont plus fixes, plus sourdes, plus obscures ; souvent elles ne viennent pas spontanément et occupent les parties de l'abdomen que l'anatomie et le plessimètre démontrent être occupées par l'intestin grêle.

1709. Les résultats de la pression sur la manifestation des douleurs intestinales sont assez variables. Tantôt, et quoiqu'on en ait dit, le moindre attouchement du ventre éveille avec une énergie extrême, l'intensité des douleurs ayant leur siége dans l'intestin ; c'est ce que l'on observe dans quelques cas d'aëro-entérectasie et d'entéralgie saturnine ou métralgique. De tels symptômes de maladie ont été souvent attribués à tort à la péritonite ; car le lendemain de ces prétendues péritonites et à l'occasion de l'expulsion de quelques gaz ou de matières stercorales, tous les accidens étaient dissipés. D'autres fois les douleurs de l'intestin ne s'éveillent que par la pression, et encore sont-elles alors très légéres. C'est ce qu'on remarque par fois dans l'entérite typhohémique. Il arrive quelquefois que la douleur se prononce seulement quelque temps après que la pression est faite et c'est surtout lorsque cette manœuvre excite les contractions de l'intestin et que la sensation pénible ne se prononce qu'à l'occasion de celle-ci.

1710. Les douleurs ne sont pas les attributs cons-

tans de l'entéropathie, ni même de l'entérite. M. Broussais a démontré que les lésions les plus graves de l'intestin grêle étaient souvent exemptes de sensations pénibles. MM. Petit et Serres ont aussi rapporté sous le nom de fièvres entéro-mésentériques, de nombreuses observations, dans lesquelles l'inflammation typhohémique avait produit les plus grands désordres sans que des douleurs vives les aient accompagnés. Depuis, une multitude de faits sont venus confirmer ces documens. Dans d'autres affections de l'intestin, il semble qu'il n'y ait d'autres phénomènes que des modifications dans la sensibilité; telle est l'entéralgie saturnine dans laquelle on n'observe pas ordinairement de symptômes phlegmasiques, généraux ou locaux, bien tranchés.

1711. Les douleurs de l'intestin ont ceci de remarquable, que souvent elles se déclarent sur un point éloigné de celui où a d'abord agi la cause qui leur donne lieu. C'est ainsi que dans les hernies, les diverses parties du ventre deviennent souvent très sensibles. Ce phénomène peut résulter de ce que la maladie se propage du point malade à d'autres parties des voies alimentaires, de la rétention des gaz, etc. Quoiqu'il en soit, on n'est pas toujours fondé à dire que la région du tube digestif la plus douloureuse soit véritablement la plus malade.

1712. Le rectum et les environs de l'anus sont le siége d'une sensation spéciale : le besoin de la défécation, que l'on n'éprouve ordinairement en santé qu'une fois par jour. Sur les personnes sédentaires, cette sensation se renouvelle moins souvent : elle affecte fréquemment, dans son retour, une périodicité remarquable. En maladie, il arrrive qu'elle cesse pendant quelque temps de se manifester. C'est ce qui a lieu alors qu'on garde le repos au lit et qu'on

est soumis à l'abstinence. D'autres fois, au contraire, le besoin de la défécation se manifeste avec une grande fréquence; c'est ce qui arrive lorsque les matières sont très liquides, très altérées, très excitantes, et surtout lorsque le colon et le rectum, comme dans la dysenterie, sont très irrités. Des hémorrhoïdes internes provoquent aussi ce besoin. Des affections aiguës du canal de l'urètre de la prostate, de la vessie et de l'utérus le sollicitent avec beaucoup de fréquence et d'énergie. Il en est surtout ainsi de l'abaissement du corps de l'utérus, de l'hypermétrotrophie (augmentation de volume de l'utérus), des tumeurs développées dans le bassin et qui compriment le rectum.

1713. Tantôt, la sensation dont il s'agit est l'expression du besoin réel de rendre des fécès, et, dans ce cas, sa cause est dans l'intestin; elle est alors bientôt suivie, à moins qu'il n'y ait quelque obstacle à la sortie des matières, de l'acte qu'elle est chargée de provoquer; d'autres fois, cette même sensation n'est pas en rapport avec la présence des fécès dans l'intestin, mais bien avec la souffrance de celui-ci ou des parties voisines. On donne le nom de *ténesme* à ce besoin factice qui, quelquefois, est impérieux et porte le malade à faire les plus grands efforts d'excrétion alvine. Ce symptôme doit engager le praticien à sonder le rectum et à rechercher qu'elle est la cause organique qui peut lui donner lieu. Les tenesmes, dans la rectite et dans la colite, sont en général d'autant plus fréquens et d'autant plus pénibles que la maladie est plus grave. Ils sont souvent la conséquence d'affections de la marge de l'anus, telles que des fissures, des tumeurs, des corps étrangers, et dans ces cas surtout, ils sont accompagnés de vives douleurs de la région anale.

1714. Le besoin de la défécation peut manquer, et tantôt alors les matières séjournent dans l'intestin sans être excrétées, comme on l'observe dans l'amyélo-nervie (paraplégie) où elles sont rendues par l'effet de la tonicité de l'intestin et des muscles abdominaux d'une manière involontaire, et ainsi qu'on le remarque dans les entérorrhées anciennes, aux approches de la mort, etc.

1715. Les mouvemens de l'intestin ne sont guère observables à l'extérieur; seulement, les borborygmes et la progression des matières supposent leur existence. Ordinairement ces mouvemens sont exagérés et plus fréquens lorsque la membrane muqueuse est irritée; c'est ce qu'on observe dans l'entérite, la colite, la rectite. Par fois, les substances ingérées cheminent si promptement dans les intestins qu'elles parcourent en fort peu de temps toute son étendue : ceci peut provenir ou bien de ce que ces organes sont très irrités, ou bien de ce que les matières qui les traversent sont très excitantes. Il peut arriver aussi que ces deux causes se réunissent pour produire le même effet. Dans ce passage rapide, souvent les alimens ne sont pas digérés. On remarque ce symptôme dans plusieurs nuances d'entéropathies aiguës ou chroniques.

1716. Dans quelques affections, les mouvemens de l'intestin sont ralentis; quelquefois même, ils sont suspendus. C'est ce qu'on observe dans l'amyélonervie; il en arrive ainsi à la suite de l'action du plomb, et c'est ici une paralysie plus ou moins comparable à celle des muscles du squelette. Cet état pourrait être appelé anentéronervie. Les selles, dans ce cas, cessent, pendant un temps plus ou moins considérable, d'avoir lieu. Ce symptôme, joint aux circonstances commémoratives de l'action du plomb

et des douleurs abdominales, est le meilleur signe de l'entéropathie saturnine. Il semble que dans cette affection il y ait souvent paralysie sur un point de l'intestin; que là les matières ne cheminent plus, tandis qu'au-dessus, l'organe fait des efforts douloureux pour porter plus loin les matières. Ces idées sont entièrement d'accord avec celles que M. le docteur Tanquerel des Planches a publiées sur la localisation des névropathies saturnines.

1717. Quelquefois, les mouvemens de l'intestin sont intervertis; c'est-à-dire, qu'ils se font de bas en haut, et que les fécès remontent jusqu'à l'estomac, d'où il sont ensuite rejetés par le vomissement. Ce symptôme est observé lorsque des obstacles mécaniques existent, dans le tube digestif, au cours des matières et en est un des symptômes les plus positifs et les plus graves. Lors donc qu'un malade vomit des matières excrémentitielles, il faut rechercher avec soin s'il porte des hernies, ou s'il n'a pas quelques tumeurs abdominales, quelques signes de volvulus ou d'invagination intestinale.

1718. Les fonctions de l'intestin grêle sont: la formation et l'absorption du chyle. Celles-ci languissent lorsque le jéjunum, et surtout l'iléon, sont malades à un assez haut degré et dans une assez grande étendue pour entraver l'accomplissement de ces fonctions. On ne peut guère juger de la manière dont elles s'exécutent que par les résultats de la nutrition; comme celle-ci ne s'effectue qu'avec lenteur, ce n'est aussi qu'après un certain temps qu'il est possible de juger du défaut de chylification. On voit la maigreur et le marasme survenir lorsqu'existent des ulcérations nombreuses de l'intestin grêle, et cela, soit qu'elles succèdent à l'entérite typhohémique, soit qu'elles résultent d'une entéro-strumosie ( affec-

tion tuberculeuse de l'intestin). Toutefois, il est peut-être rare que l'arrêt de chylification soit ici la cause du marasme. Presque jamais il n'y a assez d'intestin de compromis pour que la formation et l'absorption du chyle ne puissent s'effectuer. Les portions d'organes restées saines, suffiraient le plus souvent pour entretenir la nutrition ; mais presque toujours, lorsqu'on serait tenté d'attribuer le marasme au défaut de chylification, on trouve qu'il existe des pertes abondantes de liquides qui, rejettant sans cesse au-dehors une partie des fluides circulans, privent ainsi l'économie des matériaux de la nutrition. D'ailleurs, l'insuffisance de celle-ci peut provenir de pneumopathies et peut-être d'affections nerveuses. Ainsi, de ce qu'un individu maigrit tout en prenant des alimens, et bien que la digestion stomacale s'effectue convenablement, il ne serait pas judicieux d'en déduire positivement que les fonctions de l'intestin grêle ne se fassent pas ; il faut, avant tout, rechercher s'il n'existe pas d'autres causes organiques de dépérissement (pertes de liquides, pneumopathies, etc.) et ne s'arrêter à l'idée d'un défaut de chylification qu'alors qu'on ne trouve pas d'autres circonstances propres à produire la maigreur. Dans la gastroarctie, c'est véritablement la cessation de la chylification qui conduit au marasme; mais dans ces cas, ce n'est pas l'intestin qui cesse spontanément d'agir, ce sont les matériaux de son action qui ne lui arrivent plus.

1719 On admet généralement que, dans certains cas, le chyle se forme et n'est pas absorbé, et qu'alors il se trouve sous la forme de stries blanchâtres dans les matières excrétées (lienteries). Il peut en arriver ainsi, lorsque les matières, séjournant dans le duodénum, traversent avec rapidité, par une cause

quelconque et notamment par suite d'un travail phlegmasique, les intestins jéjunum et iléon. Il faut prendre garde ici de s'en laisser imposer par des apparences, et le prétendu chyle contenu dans les fécès pourrait bien souvent n'être autre chose que des produits de sécrétion anormale.

1720. La progression lente ou le séjour des matières, l'absorption du reste des substances nutritives qui s'y trouvent contenues, l'excrétion enfin, sont les principales fonctions des gros intestins. Celles-ci sont de beaucoup modifiées dans les maladies. D'abord la stase des fécès dans les gros intestins est fréquente, et il arrive qu'elles s'accumulent dans le cœcum, les colons, le rectum où la percussion et la palpation les reconnaissent. Alors ces matières s'endurcissent, se moulent sur les anfractuosités des colons, prennent la forme de petites boules accolées (selles ovillées), et ne sont quelquefois rendues que rarement et avec difficulté. C'est ce qu'on a appelé constipation. Toutefois, cette dénomination a été rapportée à des états divers : tantôt à l'absence du besoin de rendre les fécès, tantôt à ce que, faute d'alimens, il n'y a pas de stercors formés, et par conséquent pas de selles ; tantôt à la difficulté de rendre les excrémens. En réunissant ainsi les phénomènes sous une dénomination unique, on embrouille les choses les plus claires et on confond les phénomènes les plus dissemblables.

1721. La stercorentérectasie (dilatation de l'intestin par les matières fécales) est fréquemment observée : sur ceux qui ont contracté l'habitude d'aller rarement à la selle; sur les personnes qui oublient ou évitent fréquemment d'y aller ; sur les individus qui mènent une vie sédentaire, et restent ordinairement assis. Elle a souvent lieu sur les sujets qui portent

des obstacles au cours des matières dans le rectum, des hémorrhoïdes, des fissures qui gênent la défécation. Lorsque l'on constate l'accumulation des matières dans les gros intestins, le premier soin doit être de rechercher si elle ne provient pas de quelques-unes des circonstances anatomiques qui viennent d'être signalées.

1722. Le défaut de selles peut être le résultat de l'abstinence et de l'alimentation insuffisante. C'est là ce qu'il faut éviter surtout de considérer comme de la constipation. Vous lirez partout que celle-ci est un indice d'irritation, et vous verrez en même temps qu'on n'établira pas de différences entre les états organo-pathologiques précédens. La conséquence de ceci est évidente; c'est qu'on trouvera, dans cette prétendue constipation, une raison de prescrire la privation d'alimens, tandis que le défaut de selles devait tout naturellement conduire à en donner.

1723. La difficulté des selles ou la dyscoprotie (Roux) peut être le résultat d'une lésion de l'anus ou de l'intestin; de métropathies; d'affections de la prostate ou de la vessie; de tumeurs du bassin, etc. Elle est souvent la conséquence de ces excoriations auxquelles on donne le nom de fissures, et qui causent de si vives douleurs; elle est encore le résultat fréquent de la contraction spasmodique des sphincters de l'anus qui, à son tour, est entretenue par une infinité de circonstances diverses. C'est donc une nécessité, lorsque se manifeste la dyscoprotie, d'explorer le rectum avec soin.

1724. Le défaut de selles peut être encore le résultat d'une amyélo-nervie, (paraplégie) qui occasionne alors une arectonervie (paralysie du rectum). Lorsque ce dernier phénomène existe, il faut songer aux affections possibles de la moëlle et s'enquérir des cir-

constances commémoratives, (coups, chute sur la rachis) qui auraient pu avoir lieu. Sur les vieillards sédentaires, le rectum, bien que n'étant pas paralysé, a souvent perdu une partie de son action, et conserve long-temps les fécès, qui s'y endurcissent, s'y moulent et forment des masses quelquefois d'un volume énorme. Dans quelques cas, à la Salpétrière, le rectum et même le colon étaient distendus par de très grandes quantités de matières endurcies, avaient acquis une ampleur aussi considérable que l'estomac, et présentaient une hypertrophie remarquable de leur fibres charnues. M. Rostan a vu les fécès s'être accumulés en assez grande proportion pour « déchirer, rompre les intestins, et faire irruption dans le bas ventre. » Lors donc qu'il existe une difficulté marquée dans la défécation sur les vieillards, il faut penser à l'accident dont il s'agit. La coexistence de la diarrhée ne devrait pas faire négliger de s'enquérir si cette circonstance anatomique existe; car on voit fréquemment la présence des matières endurcies causer un dévoiement dû à l'irritation de l'intestin par les fécès qui les touchent et qui ne sont nullement ramollis ou évacués par de l'entérorrhée qui survient. Ainsi, dans des cas pareils, il est toujours utile de toucher le rectum, et il est d'autant plus urgent de le faire que des entérites très intenses peuvent être le résultat de la stase des matières.

1725. On trouve dans les auteurs les remarques suivantes auxquelles nous ferons de courtes observations placées entre des parenthèses. « La constipation (sécheresse et rareté des selles) a lieu ordinairement lorsqu'il existe une excrétion considérable d'une autre nature. — La constipation (rareté des selles parce que le malade prend peu d'alimens) survient dans la convalescence des maladies. — La constipa-

tion (manque de selles faute de matières) se montre dans le cancer de l'estomac. — La constipation (difficulté de rendre les fécès alors quelquefois accumulés) est observée dans les retrécissemens du rectum, les hémorhoïdes, les hernies. — La constipation (absence de contractions intestinales) se remarque dans la colique saturnine, etc., etc. (1).

1726. La diarrhée, c'est-à-dire l'état opposé à la constipation, a déjà été étudiée dans cet ouvrage; notons seulement que ce symptôme se manifeste dans une foule de circonstances. Quelquefois à peine est-il une maladie; tel est le dévoiement qui suit l'emploi de certains alimens; on le regarde comme salutaire lors du travail de la dentition, et comme critique dans diverses affections. Dans d'autres cas, il est un des phénomènes les plus graves.

1727. Les selles involontaires sont le plus souvent le résultat de la diarrhée. Elles se manifestent lorsque ce symptôme coexiste avec un affaiblissement général, occasionné par des pertes de liquides, par une altération de sang, ou par un trouble dans l'action du système nerveux. Presque toujours, dans la mort prompte ou violente quelle qu'en soit la cause, (anhématosie, anervie, anhémie, toxicohémie), on

(1) On voit combien il est utile de distinguer, comme nous venons de le faire, les divers états organiques réunis sous le nom de constipation; si l'on confondait entr'elles ses diverses variétés, et si l'on voulait établir sur un grand nombre de faits *de contispation*, un tableau statistique, on ferait à coup sûr une des choses les plus absurdes que l'on puisse concevoir. Malheureusement, il en est souvent ainsi d'une infinité d'autres états organiques que l'on étudie sous un même nom, et que l'on réunit dans des cadres arithmétiques; telles sont un grand nombre d'affections du poumon rassemblées sous la dénomination de pneumonites; telles sont des composés d'états organiques multiples, auxquels on donne le nom de fièvre typhoïde, etc. La statistique appliquée à la médecine peut être d'une immense utilité, mais il faut pour cela qu'elle soit bien faite, et n'établir ses calculs que sur des faits simples, isolés, surtout bien précisés; et qui soient le moins possible influencés par des maladies coïncidantes.

voit survenir des selles spontanées et involontaires. Celles-ci ont souvent lieu dans l'anencéphalohémie, (syncope) et dans l'encéphalorrhagie (hémorrhagie cérébrale). A l'état chronique, les selles involontaires se manifestent souvent avec la même lenteur que l'agonie suit ses périodes. Elles peuvent se déclarer lorque la moëlle dorso-lombaire est paralysée et qu'il y a diarrhée. A part les cas où les selles involontaires sont le résultat d'une impression morale vive (qui agit ici comme la syncope) ; à part ceux où l'on peut accuser la très grande fluidité des matières d'être leur cause : ces évacuations sont toujours des symptômes graves, et qui annoncent un grand trouble dans l'action nerveuse ou dans la circulation.

1728. A l'occasion de la souffrance des intestins, il n'est presque pas d'organes qui ne soient le siége de troubles fonctionnels. D'abord toutes les parties du tube digestif sont, jusqu'à un certain point, solidaires les unes des autres. L'indigestion gastrique est suivie d'accidens intestinaux comme les hernies de l'iléon ou du colon sont accompagnées de vomissemens, de hoquet d'atérations du goût, etc. La plupart de ces phénomènes de corrélation physiologique et pathologique entre les diverses parties de l'appareil digestif ont été du reste, passés en revue dans les divers paragraphes de cet article.

1729. La circulation est si fréquemment altérée dans les gastro et entéropathies aigües qu'une école justement célèbre a fait jouer à ces organes le rôle principal dans les phénomènes fébriles. L'accélération dans les battemens du cœur peut être le résultat d'une simple excitation, et à plus forte raison, d'une inflammation de l'estomac ou des intestins grêles. Ceux-ci, plus encore que l'estomac, semblent, lorsqu'il sont irrités, donner lieu à la fréquence du pouls.

C'est ce qui se remarque dans quelques nuances d'entérite. Mais toutes les fois que la circulation est activée dans la souffrance du tube digestif, il faut bien rechercher si c'est bien la gastro-entéropathie qui détermine directement cet accident, ou bien s'il n'est pas la conséquence médiate de la maladie de l'intestin ou même de coïncidences. Dans l'entérite, par exemple, il y a souvent, secondairement à la lésion intestinale, altération du sang qui peut produire la fièvre; dans la typhohémie entérique, l'hémopathie (maladie du sang) existe, au moins en même temps que l'entérite, si elle ne la cause.

1730. Le tube digestif peut agir sur la circulation d'une foule de manières : par les sucs que les vaisseaux y puisent; par ceux qu'il fait perdre; par des connexions nerveuses, par le refoulement qu'il exerce, lorsqu'il est augmenté de volume, sur le diaphragme et sur le cœur; par la gêne qu'il peut occasionner dans la circulation aortique et veineuse, etc. Mais de telles considérations, tout importantes qu'elles sont, nous conduiraient trop loin, et le cadre de cet ouvrage nous force à nous circonscrire.

1731. Remarquons seulement que des phénomènes fébriles particuliers sont fréquemment en rapport avec telle ou telle souffrance du tube digestif: que la fréquence du pouls, jointe à un caractère spécial (600), se remarque souvent dans l'entérite typhohémique; que celle-ci présente un ensemble de symptômes, en grande partie circulatoires, propres à la faire en grande partie reconnaître par des praticiens exercés. Remarquons que la fièvre jaune, dont les principaux symptômes appartiennent au tube digestif, offre aussi une série de phénomènes remarquables du côté de la circulation, et que les souffrances de l'estomac

suspendent quelquefois l'action du cœur, et d'autres fois, la troublent à un haut degré; que les tumeurs gastriques ou intestinales compriment fréquemment les grosses veines, et causent ainsi la stase veineuse et les hydropisies qui en sont la conséquence. Tous ces troubles fonctionnels de circulation et beaucoup d'autres, peuvent devenir les symptômes de la souffrance du tube digestif. Il ne faudrait pas cependant exagérer cette proposition qui, toute vraie qu'elle est, pourrait conduire à des opinions beaucoup trop exclusives, et il faut se rappeler que, surtout à l'état chronique, les organes gastro-intestinaux peuvent être profondément malades sans qu'il en résulte de troubles circulatoires manifestes. Il faut admettre enfin, non pas qu'il y ait fièvre parce que l'estomac et les intestins souffrent, mais bien que ces organes sont souvent malades dans les affections fébriles.

1732. La plupart des considérations applicables aux phénomènes circulatoires que cause la gastropathie le sont aussi aux affections des intestins.— Lorsque ces viscères, par une cause quelconque augmentent de volume, la respiration par le diaphragme devient difficile et incomplète.— Lorsqu'ils sont douloureux, l'abaissement de ce muscle est laborieux et fréquent.—Alors même que la souffrance de l'intestin est obscure, il arrive instinctivement que la respiration se fait difficilement, s'accélère, et que le malade, pendant le sommeil, ouvre largement la bouche. — La respiration est souvent costale, courte dans l'entéropathie. Du reste, la plupart des états qu'elle présente alors, correspondent à ceux de la circulation qui alors, est elle-même troublée. — Les maladies aiguës de l'intestin, pour peu qu'elles du-

rent, déterminent des pertes ou des altérations de liquides qui, de leur côté, peuvent troubler la respiration. — Dans l'entérite typhohémique, et dans plusieurs autres nuances de souffrance intestinale, le coucher prolongé sur le dos détermine la pneumohémie hypostatique qui devient alors un des symptômes de la dothinentérie. — D'autres fois encore, les douleurs dont les intestins sont le siége, en gênant les mouvemens inspirateurs, rendent l'expectoration difficile et causent ainsi l'anhématosie par l'écume bronchique. L'entérorrhée précède souvent les symptômes de la pneumopathie tuberculeuse, et en est un des accidens les plus fréquens et les plus graves.

1733. La chaleur, les sécrétions, la nutrition, donnent lieu, dans l'entéropathie, à des symptômes nombreux qu'il serait trop long de détailler ici, mais dont il faut au moins dire quelques mots. — Au début de l'entérite, de la colite aiguë, surtout lorsqu'elles affectent le caractère typhohémique : frissons plus ou moins forts et prolongés ; plus tard, chaleur vive, accompagnée ou non de sécheresse ou d'humidité ; sueurs variables en caractère, en abondance, et en odeur ; l'entéropathie chronique a souvent déterminé des pertes de liquides copieuses ; difficulté de supporter le froid ; maigreur ou marasme plus ou moins prompts, en raison de la rapidité avec laquelle les selles ou les sueurs exténuent le sujet, et en raison aussi du temps depuis lequel le malade est privé d'alimens ou de chyle ; tels sont quelques-uns des phénomènes qui se dessinent dans les actions nutritives à l'occasion de nuances diverses d'entéropathie.

1734. Des accidens cérébraux se manifestent tout aussi fréquemment lors de la souffrance des intestins que dans les cas où l'estomac est lui-même malade, et il est convenable de renvoyer à ce qui a été

dit précédemment pour plusieurs des signes que le système nerveux peut fournir dans les affections intestinales (1638). Ajoutons ici, cependant, quelques considérations : Une nuance spéciale d'encéphalopathie se dessine souvent dans l'entérite typhohémique. On observe alors un trouble intellectuel remarquable : stupeur, réponses lentes, brèves, et difficilement obtenues; rêvasserie pendant le sommeil, objets imaginaires, souvent fantastiques, plus ou moins lugubres et dont l'esprit est occupé. Le malade, si on le distrait ou si on lui parle, cesse d'être préoccupé de ces pensées; mais il y revient lorsqu'on cesse de lui adresser la parole; abattement extrême, oubli complet du soin de veiller a sa conservation, et même de satisfaire à ses besoins. Le malade laisse accumuler l'urine dans la vessie; les matières ne sortent de l'intestin que par des contractions involontaires; quelques graves que soient d'ailleurs les symptômes, il n'y a, en général, aucune inquiétude sur la santé et sur l'issue de la maladie. A ces phénomènes, se joignent des accidens du côté de l'appareil de la locomotion; sentiment de fatigue extrême; aversion pour les mouvemens, faiblesse marquée de ceux-ci, contractions brusques, involontaires, par secousses, observées dans les muscles et notamment dans ceux de l'avant-bras, d'où résultent des mouvemens soudains et violens des cordes tendineuses des fléchisseurs (soubresauts des tendons). Dans des périodes plus avancées, on voit même se dessiner les phénomènes de l'amyélonervie.

1735. Or cette réunion d'accidens, et quelquefois même exclusivement, la stupeur et les rêvasseries sont tellement positifs, que d'une part, dans l'entérite aigüe ils suffisent pour établir son caractère typhohémique, et que, de l'autre, dans certains états

fébriles sans diarrhée, ils annoncent qu'actuellement ou plus tard l'intestin sera atteint de la maladie des glandes de Peyer.

1736. Dans d'autres nuances de souffrances intestinales, ce sont d'autres phénomènes nerveux qui se déclarent. Ici, comme sur les jeunes enfans atteints de vers intestinaux et d'indigestion, vous verrez survenir de l'assoupissement, du délire, des contractions brusques et involontaires des muscles des membres et de la face; de celles-ci résulteront des soubresauts des tendons, des grincemens de dents, des contorsions, soit de la face, soit des diverses parties du tronc. D'autres fois, la contraction musculaire continuée, fixera les yeux du malade dans l'orbite, de telle sorte, que le regard semblera, dans le coucher sur le dos, être invariablement fixé vers le plafond, etc. etc.; ailleurs, comme dans l'entéralgie saturnine, se déclareront des douleurs névralgiques ou des anervies partielles (Tanquerel des Planches) qui affecteront surtout les extenseurs; ailleurs encore, il y aura, comme dans l'entérorrhée cholérique, une sorte d'anéantissement intellectuel, un affaiblissement marqué, etc. Mais remarquez que les cas dont il vient d'être question sont presque tous plus ou moins compliqués, qu'ils ne constituent pas des états organiques simples de l'intestin qui, *sympathiquement*, iraient déterminer des symptômes variables vers le systême nerveux. Il s'agit au contraire de la coexistence alors d'états organiques variés, qui se joignent à l'entéropathie. C'est ainsi que dans la dothinentérie, il y a typhohémie; que dans l'entéralgie saturnine il y a toxico-hémie ou toxico-nervie; que dans l'entérorrhée cholérique il y a anhydro-hémie, etc., et que ces phénomènes concomitans, jouent peut-être le rôle principal dans les accidens cérébraux qui se

déclarent. N'examinons pas l'organisme sous une seule de ses faces; mais cherchons à l'envisager sous tous ses points de vue.

1737. Des considérations semblables sont applicables aux vésicules transparentes (sudamina), aux dermorrhagies pétéchiales, aux dermites toxiques qui se déclarent dans un certain nombre d'entéropathies, et qui sont bien plus souvent le résultat des états organo-pathologiques (hémite, typhohémie, toxicohémie, etc.) concomitans a la maladie intestinale, que de cette affection elle-même.

## DIAGNOSTIC

### SPÉCIAL ET COMPARATIF DES ÉTATS ORGANO-PATHOLOGIQUES DE L'INTESTIN.

1738. *Entéropathie* (souffrance de l'intestin, considérée en général).

1739. *Entérohémie* (congestion sanguine de l'intestin). Ses caractères sont très peu connus; ce n'est guère que pour le rectum qu'il est possible de la reconnaître par l'inspection qui fait voir la membrane muqueuse rouge, variqueuse et tuméfiée.

1740. *Entérite* (inflammation aiguë de l'intestin). Douleur variable en intensité, occupant les points de l'abdomen, en rapport avec les intestins, et variant par conséquent de siége, suivant que la lésion occupe tel ou tel de ces organes. Dans la *duodénite*, on l'observe profondément, soit au-dessous du foie, soit dans la région ombilicale et un peu au-dessous d'elle. Dans l'entérite, proprement dite (*Jéjunite et iléite*), c'est au centre de l'abdomen et notamment vers la région inférieure, à trois ou

quatre pouces à gauche de l'épine iliaque antérieure et supérieure droite, que la douleur se fait remarquer. *La cœcite* donne lieu à une souffrance qui se retrouve dans la fosse iliaque droite. La *colite* produit une douleur qui, parfois, est fixe dans les fllancs, la région ombilicale ou l'S iliaque gauche; mais qui, plus ordinairement occupe successivement les divers points de l'abdomen précédemment nommés. Dans la *rectite* il y a fréquemment une souffrance profonde dans le bassin; celle-ci semble surtout aboutir à l'anus. Les douleurs, dans l'entérite, varient de caractère suivant une multitude de circonstances (1707); assez fixes dans le duodénnm, ordinairement sourdes dans le jéjunum et l'iléon, elles ressemblent assez bien, pour les gros intestins, aux coliques qui, dans l'état normal, précèdent les évacuations alvines; seulement, elles sont beaucoup plus intenses. La douleur du rectum est fréquemment semblable à celle qui accompagne le besoin pressant de rendre les fécès. Du reste, la portion d'intestin située immédiatementau-dessusdes sphincters, alors qu'elle est enflammée, est le siége de souffrances très variables. Ce sont des démangeaisons, des cuissons, des picotemens, des élancemens, des ténesmes, qui parfois sont insupportables. Le degré auquel les douleurs sont portées dans l'entérite, n'a rien de constant. Extrêmement faible dans quelques cas, il est élevé dans d'autres, à une excessive intensité (1707). C'est surtout dans l'inflammation des intestins qui suit l'empoisonnement par les substances corrosives (entérite toxique), que la souffrance est parfois excessive. Les douleurs inflammatoires de l'intestin augmentent le plus souvent par la pression, et dans les cas aigus, le moindre toucher les exaspère.

1741. L'intensité des douleurs, correspond, en général, à celle de l'inflammation, mais elle est peut-être encore plus en rapport avec les contractions intestinales qui coexistent avec la phlogose, ou qui en sont la conséquence. Dans quelques cas, la jéjunite et l'iléite sont à peine accompagnées de douleurs. C'est ce qu'on observe sur quelques malades atteints de dothinentérie.

1742. Evacuations alvines plus ou moins abondantes et répétées, molles, liquides, jaunâtres, bilieuses, surtout lorsqu'il s'agit de la duodénite; grisâtres, fétides, fécales, muqueuses, séreuses, sanguinolentes, purulentes; consistant en un mélange de ces diverses matières; contenant, dans l'entérite toxique, les substances délétères ingérées. *Dans la colo-rectite*, les selles sont très fréquemment réitérées, et la proportion des matières rendues à chaque fois est quelquefois très peu considérable. C'est alors que se manifestent surtout des ténesmes très douloureux, et que les matières excrétées par l'anus sont mélangées de pus, de sang qui y forme des stries, ou qui s'y trouve même en proportion notable.

1743. Expulsion de gaz plus ou moins aboudans et fétides. Présence des matières constatées par la percussion, et quelquefois par la fluctuation, dans l'intestin grêle, le cœcum, le colon droit et surtout l'S iliaque. Bruit humorique sur ces parties; accumulation des gaz dans l'abdomen qui prend alors beaucoup de volume. A une période plus avancée, ou lorsque les symptômes sont très aigus, le ventre est plus ou moins plat, rétracté et contient peu de gaz.

1744. Anorexie, lorsque l'entérite est aiguë; nausées, vomissemens, hoquet, surtout lorsque,

par suite de l'entérite, il y a quelque obstacle au cours des matières. Difficulté ou manque absolu de digestion des alimens qui traversent parfois le tube alimentaire avec rapidité. Refoulement des viscères par les intestins distendus par le gaz, ou encore, sorte d'immobilité du diaphragme, produite par la douleur intestinale qui s'exaspère alors que ce muscle s'abaisse. Cystiectasie urinaire; accélération du pouls qui, cependant, n'est pas constante. Quand les selles n'ont pas été très nombreuses et que la maladie est récente, le battement de l'artère est en général assez développé; lorsque les évacuations ont été considérables, il devient plus ou moins faible; et si elles sont excessives, il tombe tout à coup à un état de faiblesse extrême et est à peine appréciable (pouls vermiculaire). Lorsque l'inflammation est très intense, comme dans l'entérite toxique, le pouls, dès le principe de la maladie, est parfois extrêmement débile. Troubles de circulation, tels que palpitations, irrégularités dans le rythme du cœur; alors que le malade, atteint d'entérite aiguë, conserve beaucoup de sang, coloration plus ou moins vive des capillaires et notamment de ceux de la bouche et de la langue. La rougeur devient, dans ce cas, plus vive à la pointe de la langue lorsque le malade la tire hors les arcades dentaires, et cela arrive par une simple expression mécanique: dyspnée portée plus ou moins loin, suivant les cas, et causée surtout par la douleur ou par le volume de l'abdomen: de là, ouverture de la bouche qui se dessèche, et formation d'enduits variés sur la langue qui prend alors des aspects divers, depuis la teinte grisâtre, au-dessous de laquelle le tissu est rouge, jusqu'à l'apparence jaunâtre, bru-

nâtre et noirâtre; depuis une humidité peu marquée jusqu'à une extrême sécheresse. Consécutivement aux troubles de la respiration et au coucher habituel sur le dos : pneumohémie, et plus tard pneumonite, qui prennent facilement la forme hypostatique (1283). Par suite des mêmes circonstances, accumulation des liquides dans les bronches, d'où résulte le danger de voir survenir l'anhématosie par l'écume bronchique (859).

1745. Consécutivement à ces troubles de digestion, de circulation et de respiration, altérations plus ou moins profondes du sang; dans les premiers temps, réaction générale, vivacité de circulation, *polyhyperhémie* (843); plus tard, au contraire, pertes de liquides par les selles, les sueurs, *polyanhémie* (846); d'autres fois, matières putrides formées par les ulcérations, résorbées et mêlées avec le sang, *typhohémie* (864); ailleurs, pus formé dans l'intestin absorbé par les vaisseaux et mélangé avec le sang, *pyohémie* (855); dans d'autres cas, surtout dans la duodénite (1), propagation de la maladie de l'intestin aux conduits cholédoque et hépatique, *cholihémie* (868), etc.

1746. A la suite, et souvent par suite de symptômes si compliqués, phénomènes cérébraux variés et qui ont été déjà signalés dans les paragraphes précédens (1732).

1747. Joignez à ces caractères les circonstances commémoratives des causes qui ont pu agir pour produire l'entérite, et par exemple d'agens toxiques et surtout épidémiques qui auront pu influer sur la production de la maladie; ajoutez-y la mar-

(1) Voyez l'excellent travail de M. Casimir Broussais sur ce sujet; voir aussi l'article *Cholihémie* du *Traité de médecine pratique*.

che de la maladie qui varie du reste suivant une multitude de circonstances, et qui, trop souvent, présente une tendance marquée à une terminaison fatale, et vous aurez les principaux traits du tableau diagnostique de l'entérite. Il suffira, pour les spécialiser à telle ou telle partie du tube digestif, de rapporter à chacune d'elles les phénomènes généraux dont il vient d'être fait mention, et de peindre avec des couleurs plus marquées les traits spéciaux propres à chaque organopathie, considéré en particulier.

1748. *L'entérite chronique* ou la chrono-entérite présente les mêmes caractères, mais à un degré moins tranché et avec une tendance plus marquée à rester stationnaire et à s'aggraver. Presque jamais le caractère chronique ou de persistance ne se déclare spontanément, mais il est le plus souvent la conséquence de quelque lésion anatomique de l'intestin (ulcérations tuberculeuses ou cancéreuses, tumeurs, corps étrangers, etc.) ou de quelque altération de liquides (pyohémie) qui entretient l'entéro-pathie. Dans une forme spéciale d'entérite chronique, il y a des alternatives fréquentes de constipation opiniâtre et de dévoiement; cet état est souvent produit par des hémorrhoïdes ou par des lésions de l'anus qui gènent la défécation. C'est surtout à reconnaître les causes organiques qui entretiennent la maladie que le médecin doit s'attacher.

1749. *Entérite pyohémique* (1). Très souvent l'entérite paraît être, et est, en effet, la conséquence de la résorption du pus : circonstances commémora-

(1) Voyez le *Traité de médecine pratique*, article *Entérite* ou *Entérorrhée pyohémique*.

tives de foyers de suppuration, surtout lorsqu'ils sont en communication avec l'air; c'est à la suite de la pneumonite arrivée à un degré avancé, ou du ramollissement des tubercules qu'on la voit se déclarer. Ses principaux caractère consistent d'une part, dans la présence actuelle ou récente de pus dans les organes ou de granulations grisâtre dans le sang (855), et de l'autre dans quelques douleurs de ventre, une diarrhée liquide, très abondante, quelquefois séro-purulente, qu'on ne parvient pas ordinairement à suspendre d'une manière durable et qui est accompagnée de fièvre lente et d'un dépérissement rapide.

1750. *Entérite typhohémique* (fièvre entéro-mésentérique, dothinenterie, iléo-diclydite, fièvre typhoïde.) Elle consiste principalement dans la réunion de deux états organo-pathologiques : l'entérite et la typhohémie (864). Autour de ceux-ci se grouppent le plus souvent un grand nombre d'autres circonstances organiques, telles que la pneumohémie hypostatique, l'aëro-entérectasie, la cystiectasie urinaire, etc. Les rapports et la succession de la maladie de l'intestin et de l'altération du sang sont très loin, dans l'affection dont il s'agit, d'être les mêmes. Tantôt cette maladie mériterait le nom de *typhohémie entérique*, parce que les symptômes circulatoires paraissent primitifs, précédent la diarrhée, et restent prédominans pendant toute la durée du mal. D'autres fois, le nom *d'entérite typhohémique* convient infiniment mieux; parce que dès le principe l'intestin est malade; il y a alors des coliques, de la diarrhée avant que les symptômes d'altération du sang ne se déclarent, et l'entéropathie est long-temps plus marquée que *l'hémopathie*, qui ne se dessine guère alors que

consécutivement à la résorption, suite elle-même de la formation de produits altérés par les ulcérations intestinales. Entre ces deux extrêmes : l'un, où l'intestin est le plus malade, l'autre, où le sang est principalement affecté, il y a une foule de nuances qu'il est impossible de préciser. Ainsi même pour l'entérite et la typhohémie réunies, considérées indépendamment des autres états organo-pathologique coïncidans, et envisagées indépendamment des influences des âges, des constitutions, des épidémies, etc.; il est très difficile d'établir des tableaux statistiques dont les bases soient identiques et qui puissent guider la thérapeutique.

1751. On peut dire, en général, que la réunion du tableau de l'entérite à celui de la typhohémie, caractérisera la maladie qu'on a appelée fièvre ou affection typhoïde; mais, suivant les cas, il faudra forcer tantôt les teintes de l'un, tantôt les couleurs de l'autre, et d'autres fois encore chercher à rendre leurs nuances respectives également foncées. Les circonstances et les caractères les plus ordinaires de la réunion de ces deux états organo-pathologiques sont: l'habitation ou le séjour dans un espace étroit, insalubre, encombré, ou toute cause qui a pu donner lieu à l'absorption de matières putrides; l'arrivée récente dans une grande ville, le jeune âge, surtout, depuis quinze ans jusquà trente, une invasion marquée par des frissons; des rhinorrhagies, des sudaminas, des pétéchies; des symptômes généraux graves qui ne correspondent pas à l'intensité des phénomènes locaux, un état de mollesse et nn caractère spécial du pouls (600); un sang dont le caillot est mou et en général peu plastique; une entérorrhée, souvent accompagnée du séjour des matières dans l'in-

testin ; une tendance marquée à la pneumohémie hypostatique ou à la gangrène. La stupeur, la typhomanie, les soubresauts des tendons, sont aussi des caractères à peu près constans de l'affection dont il s'agit, etc., etc.

1752. *Entérite toxique, toxico-entérite* (suite de l'empoisonnement). Celle-ci présente en général les caractères de l'hyper-entérite (entérite portée à un haut degré). Cette règle générale souffrirait cependant de nombreuses exceptions : plus la substance toxique est active, et plus, en général, les traits de l'entérite toxique sont fortement dessinés. Dans l'entérite cuivreuse, la maladie, d'abord aiguë, se manifeste souvent après d'une manière plus chronique, et laisse fréquemment à sa suite une entérorrhée accompagnée de quelques douleurs. Les circonstances individuelles, et celles qui dépendent du mode d'administration du poison, décident de nombreuses variations dans l'intensité des symptômes, et dans les coexistences d'états organo-pathologiques qui se déclarent. Il est impossible de passer ici en revue tous les phénomènes secondaires qui peuvent survenir (1) Les principaux caractères propres à faire reconnaître la toxico-entérite sont : les circonstances commémoratives de l'ingestion d'un poison, l'invasion subite d'une hyper-entérite, certains phénomènes coïncidans en rapport avec l'action spéciale de telle ou telle substance (troubles fonctionnels dans les voies urinaires à la suite des cantharides, par exemple), et surtout la présence dans les selles et dans les matières vomies de la substance délétère démontrée par l'analyse chymique.

1753. *Entérite épidémique.* Parmi celles qui pré-

---

(1) Voyez l'article *Toxicohémie* du *Traité des maladies du sang,* dans la médecine pratique.

sentent ce caractère, il faut surtout noter la *colo-rectite épidémique* qui a reçu le nom de *dysenterie*. Celle-ci est tantôt assez simple et se reconnaît aux caractères qui ont été déjà assignés à la colorectite (1740) et d'autres fois elle est une véritable complication de la typhohémie et de la colorectite, de telle sorte que, pour en tracer les caractères, il suffit encore de réunir les tableaux particuliers de chacune d'elles. Les circonstances antécédentes ou concomitantes d'une épidémie dysentérique sont ici d'un grand prix, dans les cas particuliers qui se présentent pendant la durée de cette épidémie, pour établir le diagnostic.

1754. *Entérorrhée* (écoulement de matières muqueuses ou séreuses par l'intestin), évacuations alvines présentant, d'une manière plus ou moins manifeste les caractères séreux ou muqueux; absence de douleurs intestinales, ou seulement quelques légères coliques qui précèdent l'excrétion des liquides formés; percussion de l'intestin donnant lieu à une matité dont le siége varie suivant l'organe qui contient des liquides; ou encore produisant le bruit hydro-pneumatique, s'il arrive qu'en même temps des liquides et des gaz soient déposés dans l'intestin. Flot par la succussion; gargouillement spontané à l'occasion des contractions intestinales. Alors que les selles manquent, il ne faut pas croire, tant que la matité, le bruit humorique, le flot, le gargouillement se font entendre, que l'entérorrhée soit dissipée. Absence des symptômes généraux ou locaux propres à l'inflammation franche de l'intestin; affaiblissement plus ou moins rapide en raison de l'abondance de la perte des liquides; si celle-ci est considérable, anhémie, anhydrohémie (827), ainsi qu'on l'observait dans le choléra parvenu à une période avancée. Circonstances commémoratives de l'action du froid aux

pieds, ou d'un agent toxique ou pharmaceutique, tel que l'antimoine, qui ait pu produire des selles abondantes. Il paraît que, pour certains hommes, une impression morale et notamment celle de la peur produit parfois le même effet.

1755. L'entérorrhée peut être le résultat d'un agent *toxique épidémique* (*entérorrhée cholérique*, par exemple) alors l'existence simultanée de cette affection sur un grand nombre d'hommes éclaire le diagnostic des cas particuliers qui peuvent se présenter.

1756. Les selles nombreuses et liquides qui ont lieu à l'approche de l'agonie, sont une entérorrhée et non une entérite qu'on peut raisonnablement comparer à la sueur froide des mourans; les produits de cette évacuation sont rejetés au-dehors par suite des contractions de l'intestin qui surviennent vivement dans la mort violente, et plus lentement lorsque l'agonie se prolonge.

1757. *Entérorrhagie* (écoulement de sang par l'intestin), évacuation par les vomissemens (lorsque l'hémorrhagie occupe l'intestin grêle), mais bien plus ordinairement par les selles, d'un sang plus ou moins rouge ou plus ou moins noir, suivant qu'il a peu ou beaucoup séjourné dans le tube digestif (1699). Il est fort difficile de distinguer si la source du sang est en effet l'estomac ou l'intestin grêle, puisque dans les deux cas, le malade peut vomir le sang et le rendre par les selles. Les caractères suivans peuvent éclairer le diagnostic : une tumeur vers la région ombilicale; les signes préalables d'une lésion organique de l'estomac; une matité marquée de l'espace occupé par ce viscère, portent à croire à une gastrorrhagie. — Une lésion organique reconnaissable par la palpation et la percussion sur les points qui correspondent aux intestins grêles, de la

matité dans les viscères situés au-dessus ou au-dessous du lieu affecté, et due au sang accumulé dans ces organes, une sonoréité concomitante de l'estomac font admettre comme très probable qu'il s'agit d'une entérorrhagie. Si celle-ci a son siége dans les gros intestins, la matité se trouve dans les régions iliaques droite et gauche, et quelquefois dans les colons ascendant et descendant. Ceci a même lieu dans la rectorrhagie (hémorrhagie par le rectum); car alors le sang remonte fréquemment dans les colons ou le cœcum, par suite de contractions antipéristaltiques de ceux-ci. Lors donc que sur un malade atteint d'entérorrhagie, on trouvera que les régions iliaques donnent lieu à de la matité et au bruit hydro-pneumatique, il n'en faudra pas conclure que ce ne soit pas au voisinage de l'anus que le sang soit déposé. Dans une dizaine de cas au moins j'ai trouvé dans des hémorrhoïdes ou dans des ulcérations du rectum, au-dessus du sphincter, la source d'hémorrhagies qui avaient été suivies de l'accumulation de sang dans les colons ou le cœcum. Il est donc de règle, dans des cas pareils, d'explorer l'anus avec le plus grand soin. De cette sorte, j'ai guéri, par des moyens locaux, des pertes de sang intestinales qui seraient devenues mortelles si la source du liquide n'eût pas été découverte. Aux hémorrhagies intestinales abondantes, succèdent fréquemment les symptômes de l'anhémie, portée au dernier point. Parmi ceux-ci, il faut noter des accidens plus ou moins graves du côté des centres circulatoires. J'ai cité dans *le Bulletin Clinique* un cas de ce genre des plus curieux, et le malade qui en fait le sujet, qu'on avait cru atteint d'une affection organique du cœur, guérit lorsqu'on arrêta la perte de sang par des moyens chirurgicaux. En ville, j'ai vu récemment un fait du même genre.

1758. *Hydro-entérectasie* (Dilatation de l'intestin par des liquides). Nous renvoyons sur ce sujet à ce qui a été dit aux n^os 1679, 1753.

1759. *Aéro-entérectasie.* (Dilatation des intestins par les gaz). ) Voyez les n^os 1704, 1705.

1760. *Entérarctie.* (Resserrement des intestins, qui peut être porté jusqu'à l'oblitération). Cet état organo-pathologique peut être la conséquence de tumeurs développées autour de l'intestin, d'adhérences, de compression extérieure, d'engorgement inflammatoire, d'épaisissement des parois par un carcinôme, par des tubercules, etc. : il peut surtout provenir d'invagination et de hernies. Dans chacun de ces cas, les circonstances commémoratives et les accidens actuels, propres à éclairer le diagnostic, sont différens les uns des autres ; mais ce qui est commun à toute entérarctie portée au point de rendre très difficile ou d'empêcher le cours des fécès, c'est la manifestation de hoquets, de vomissemens répétés, d'abord de liquides bilieux ou muqueux, et plus tard, de matières dont l'odeur et l'apparence rappellent celles des excrémens ; c'est la stase des matières au-dessus du point rétréci, démontrée par la percussion ; ce sont des phénomènes d'hyper-entérite sur les sujets robustes, et d'hypo-entérite sur les gens affaiblis, les vieillards, etc. Toutes les fois qu'il y a une hernie intestinale, il faut bien rechercher s'il y a entérarctie et distension par les gaz ou des fécès des viscères déplacés, le plessimètre fait exactement juger de ces circonstances capitales. La même chose doit être recherchée lorsqu'il s'agit de volvulus ou d'entérarctie interne présumée.

1761. *Entérectasie.* (Distension des intestins). Celle-ci peut être produite par des fécès, des gaz, des liquides. Nous avons parlé dans plusieurs paragraphes précédens (1721, 1704, 1753, etc.), de ses caractères

diagnostiques : dans ces cas divers, l'inspection et la mensuration qui font découvrir l'augmentation de volume du ventre; la percussion qui permet de distinguer dans quels intestins et dans quelles proportions les matières sont accumulées, la palpation du rectum qui fait reconnaître l'accumulation des fécès, etc., sont les principaux moyens à l'aide desquels on peut diagnostiquer les diverses espèces d'enterectasies.

1762. *Dysentéronervie*, *Anentéronervie*, *Entéralgie*. (Troubles, défaut d'action nerveuse, douleur de l'intestin). Ces affections sont très peu connues. La circonstance commémorative de névralgies auxquelles ont succédé des douleurs abdominales très intenses (comme cela a souvent lieu à la suite de la métralgie); une intensité extrême de ces douleurs qui ne permettent pas le moindre attouchement du ventre; l'absence de troubles circulatoires ou d'accidens généraux graves peuvent faire reconnaître l'entéralgie. Les circonstances commémoratives et le retour périodique des accidens donnent lieu aussi à des signes précieux. L'absence de selles sur des sujets atteints de lésions de la moelle de l'épine, le toucher du rectum qui trouve flasques les parois de cet intestin, des selles liquides s'échappant de l'anus dilaté sans contractions intestinales préalables, sont des circonstances propres à faire reconnaître l'anentéronervie. L'extrême paresse du ventre, sur certains sujets, et que présentent beaucoup de vieillards, peut aussi être considérée comme un signe d'anentéronervie.

1763. *Dysentéronervie saturnine*. (Troubles dans l'action nerveuse de l'intestin par suite de l'action du plomb ; colique saturnine). Circonstances commémoratives d'une profession ou de toute autre cause qui a exposé la personne atteinte des accidens, à

l'action du plomb : peintre en bâtimens, fabricant ou marchand de couleurs, et notamment de litarge et de blanc de céruse (c'est surtout la poussière qui s'élève de ces substances, lorsqu'on les travaille, qui cause les accidens), fondeur, polisseur de caractéres d'imprimerie, etc.) Tels sont les états qui y exposent le plus. Quand un malade présente quelques accidens qui peuvent se rapporter à la colique saturnine, et qu'il répond être journalier, il est urgent de s'informer s'il n'a pas été dans ses travaux accidentels soumis aux émanations du plomb. Les caractères diagnostiques actuels de la dysentéronervie saturnine sont : la suppression des selles, ou du moins leur rareté, des douleurs intestinales, ayant ordinairement leur siége dans les colons et rappelant souvent le besoin d'aller à la selle, augmentant ou diminuant parla pression, et quelquefois portées à un degré extrême; la stercorentérectasie, démontrée par la plessimétrie, et des matières fécales endurcies, senties dans le colon, alors que les douleurs ne sont pas assez vives pour empêcher la palpation. Il y a, dans ces cas, entéralgie à l'occasion des contractions intestinales sur certains points du ventre, et en même temps anentéronervie de quelques autres parties du tube digestif. Quelquefois l'abdomen est distendu par des gaz; d'autres fois il est rétracté et presque vide. Le plus souvent, absence de toute fièvre ou de tout autre phénomène général; mais anervie (paralysie particlle) de différens nerfs et encéphalopathie ou myélopathie saturnines (Tanquerel des Planches). Nous reviendrons sur ces derniers accidens, à l'occasion du diagnostic des états organo-pathologiques dont l'appareil cérébro-spinal peut être atteint.

1764. *L'entéro-malaxie* (ramollissement de l'intestin) est fort peu connue. Ce n'est guère qu'à la

suite de diverses nuances d'entérite, et notamment de l'entérite typhohémique, qu'on l'a observée. Elle n'a point de symptômes spéciaux, et ce n'est guère qu'au moment où l'intestin étant complétement perforé, des signes de pénétration se déclarent dans la cavité du péritoine, qu'on reconnaît la maladie. — Lorsque l'abstinence a été longtemps continuée, que l'entérorrhée persiste, et lorsque, sur les jeunes enfans, les matières évacuées par les selles sont vertes et ressemblent à des épinards, il faut s'attendre à trouver la membrane muqueuse amincie, peu consistante, et quelquefois tout à fait ramollie.

1765. *Entéro-sarcomie*, ou *entéro-pathie cancéreuse* (cancer de l'intestin). Circonstances commémoratives ou concomitantes d'affections carcinomateuses développées dans d'autres organes (le sein, l'utérus, le testicule, par exemple), et observées sur des sujets, âgés ordinairement de trente-cinq à cinquante-cinq ans, et atteints des symptômes d'entéropathie. Tumeurs inégales, bosselées, dures, ordinairement douloureuses, existant sur le trajet des intestins, et offrant ordinairement de la mobilité. Entérorrhagie, gastrorrhagie. Matières très noires rendues par le vomissement ou par les évacuations alvines. Bourrelets circulaires, végétations, à surface arrondie, bosselée, quelquefois saignantes au contact, douloureuses, senties dans le rectum par le doigt ou la sonde. Matité et sentiment de résistance sur les points de l'abdomen où les tumeurs existent. Parfois des symptômes d'entérarctie et d'entérectasie par les fécès, et ailleurs de perforation intestinale. Faciès spécial (1741) troubles dans la digestion et dans les évacuations alvines, etc. Tels sont les principaux caractères diagnostiques des maladies cancéreuses des intestins. Ils varient suivant le siége que ces affections occupent dans les diverses parties du tube intestinal.

1766. *Entéro-strumosie* ou entéropathie tuberculeuse (phthisie intestinale, atrophie mésentérique, carreau, etc.). Phénomènes très analogues à ceux de l'entérorrhée et de l'entérite chroniques; ils persistent indéfiniment, et se développent sur des enfans ou sur des sujets âgés ordinairement de quinze à trente-cinq ans qui présentent, le plus souvent en même temps, les caractères de la pneumo-strumosie ou pneumopathie tuberculeuse (1300); il est très rare que l'affection tuberculeuse de l'intestin commence avant celle des poumons (Louis). Cependant, il arrive parfois qu'aucun symptôme ne se soit encore manifesté vers les poumons, lorsque déjà des selles abondantes, et qui exténuent le malade, ont prouvé que l'affection intestinale existait depuis longtemps. On ne trouve point ordinairement, comme on pourrait le croire, de matière tuberculeuse dans les évacuations des individus atteints d'entéro-strumosie. Souvent, sur les jeunes enfans surtout, les ganglions lymphatiques du mésentère sont développés, et la main qui palpe l'abdomen, y sent des tumeurs globuleuses, dures, mobiles, qui ne sont autre chose que des glandes mésentériques engorgées. Le ventre, dans de tels cas, est le plus souvent volumineux, et quelquefois la plessimétrie y découvre de la matité en rapport avec l'existence des tumeurs que la main y ressent. A ces symptômes locaux se joignent les accidens généraux des tubercules ramollis, tels que la pyohémie chronique et ses suites (856, 857), l'émaciation, etc.

1767. *Vers intestinaux*, le seul signe positif de la présence des vers dans l'intestin, est l'évacuation par les selles de quelques-uns d'entre eux (1694). Les phénomènes d'entéropathie, d'entéralgie, etc., qui sont les suites de l'existence de ces animaux dans le

tube digestif, peuvent tout au plus les faire soupçonner. Les symptômes fonctionnels que l'on considère comme signes probables des vers, sont : des mouvemens ondulatoires ressentis dans le ventre ; quelquefois des douleurs abdominales très aiguës, des altérations dans l'appétit, un besoin d'alimens exagéré et capricieux, des nausées, des vomissemens, de la démangeaison au nez, la dilatation des pupilles, la teinte bleuâtre des paupières, des convulsions sur les jeunes enfans, etc. Le ténia surtout se rencontre sur l'adulte, et détermine souvent la dysgastronervie et l'entéralgie. Les ascarides vermiculaires produisent dans l'anus d'insupportables démangeaisons ; ils se manifestent ainsi que les lombrics plus fréquemment sur les jeunes enfans, sur les femmes ou les sujets débiles que sur les personnes qui se trouvent dans des conditions opposées.

### §. V. *Exploration de l'anus et de la peau qui l'entoure* (1).

1768. L'inspection de la peau du pourtour de l'anus est d'une grande utilité au médecin ; il ne faut jamais manquer de la faire dans les affections où il y a des selles abondantes, involontaires et fétides. On y trouve souvent alors des rougeurs d'une teinte plus ou moins livide et en rapport avec la présence habituelle des fécès ou des liquides putréfiés. Ces rou-

(1) Bien que la plupart des affections de l'anus aient été classées parmi les affections chirurgicales, il est tellement utile pour le médecin d'y porter une sérieuse attention, que nous croyons devoir consacrer ici quelques lignes à l'exploration de cette région. Voyez à ce sujet, pour plus de détails, les Traités de chirurgie.

geurs précèdent et accompagnent la nécrosie (gangrène) de la peau qui recouvre le sacrum et les ulcères qui lui succèdent. Ces derniers accidens se manifestent principalement sur les points du bassin, qui, situés en arrière vers la ligne médiane, correspondent aux parties qui, dans l'attitude horizontale, supportent le poids du corps ou des frottemens. D'abord, il n'y a qu'une rougeur de mauvaise apparence et peu ou point de douleurs; puis des escharres grisâtres, noirâtres, déprimées au-dessous du niveau des tégumens, leur succèdent. Tantôt alentour, la peau s'enflamme plus franchement, et d'autres fois la lividité, sans inflammation franche, continue. Ce dernier symptôme est très mauvais; souvent la peau qui recouvre le sacrum se fendille verticalement sur la ligne médiane, et la section devient très profonde. Cet accident est le résultat d'un défaut de soin et de ce qu'en retournant les malades dans leur lit, on tiraille des deux cotés la peau en sens inverse, et on la déchire profondément (*Bulletin clinique*, nº 29). Il est rare que les malades auxquels une telle lésion survient guérissent; la promptitude avec laquelle la nécrosie succède aux rougeurs des tégumens du sacrum est un symptôme grave et un signe positif de typhohémie; à plus forte raison en est-il ainsi quand l'escharre se forme d'une manière en quelque sorte spontanée, et sans rougeur préalable. C'est une bonne chose, dans des cas pareils, que de voir survenir une inflammation franche des tégumens qui entourent les parties frappées de mort.

1769. Pour examiner la peau qui entoure la marge de l'anus, il faut faire placer le malade comme s'il s'agissait de l'opération de la fistule de cette partie. Le corps repose sur un des côtés; le membre inférieur qui y correspond est étendu; le membre opposé

est porté le plus possible dans la flexion. On peut encore faire tenir debout le sujet qu'on examine, en lui faisant pencher le corps fortement en avant; dans tous les cas, il est indispensable de bien éclairer la partie qu'on explore. Si l'on veut apprécier l'état de la peau qui s'engage dans le sphincter où elle forme des plis et se transforme en membrane muqueuse, et même, si l'on veut procéder à l'inspection de la portion de membrane interne du rectum voisine de l'anus, on fait écarter par les mains des deux aides les tégumens et les muscles de chaque côté; l'on recommande au malade de faire des efforts pour aller à la selle. A mesure qu'une portion de membrane muqueuse sort, on la tire en dehors pour mieux parvenir à exécuter cette traction : il est bon de prendre un linge d'un tissu assez gros, de l'appuyer sur la peau et de presser sur lui en même-temps qu'on tire les tégumens en dehors.

1770. Si ce procédé ne suffit pas pour bien explorer, ou si l'on veut examiner la membrane interne du rectum plus profondément, on procède à cette recherche au moment où le malade se livre à l'excrétion alvine; c'est à l'aide de ce procédé que M. Loyer parvint à découvrir dans un cas, une fissure saignante située profondément dans l'intestin et qui, donnant lieu à des hémorrhagies dangereuses, n'avait pu être reconnue par d'autre moyen d'exploration. Il arrive parfois que le sphincter est tellement resserré qu'on ne peut parvenir à tirer au dehors la membrane muqueuse. Les cataplasmes, les bains rémédient rarement à cet état; l'usage de purgatifs détermine alors des selles qui peuvent faire saillir la surface qu'on veut explorer; mais ce sont surtout les douches du rectum qui offrent dans ces cas de l'utilité, et il m'est arrivé sur un malade, au moment où il venait de

prendre pendant quelques minutes une semblable injection, de découvrir une tumeur du rectum qui avait donné lieu depuis longtemps à une grave hémorrhagie et causé une polyanhémie très grave.

1771. L'inspection directe de la membrane interne du rectum peut se faire même sur des points élevés au-dessus de l'anus de près d'un pouce. Il suffit pour cela de tirer fortement en dehors les tégumens voisins de l'anus. De cette sorte, M. Lisfranc, auquel on doit de si utiles travaux sur les affections du dernier des gros intestins, est parvenu à ramener extérieurement et à opérer des tumeurs situées très profondément. Sur les malades qui portent un renversement du rectum, cette inspection est très facile; sur d'autres sujets, elle se fait avec difficulté, et d'ailleurs elle ne permet presque jamais d'explorer l'intestin à une hauteur de deux ou trois pouces.

1772. Ces raisons et les avantages que l'on a tirés de l'examen du col utérin avec le *spéculum* ont conduit à employer un instrument du même genre (*spéculum ani*) pour l'exploration du rectum. En théorie, l'emploi de ce moyen paraissait devoir être très utile; en pratique, on a fini par trouver qu'il rendait beaucoup moins de services qu'on ne l'aurait cru. La difficulté que la contraction du sphincter met à l'introduction de l'instrument; la douleur qui résulte de cette introduction; la souffrance que cause la dilatation de l'anus par l'écartement du spéculum à plusieurs pièces; le bourrelet que forme la membrane muqueuse au-devant de l'ouverture de l'instrument; la saillie que les plis de cette membrane produisent entre les valves écartées; les sinus multipliés et profonds que forment entre elles les nombreuses duplicatures de la tunique interne du rectum et qui ne permettent pas d'examiner leur fond, etc., sont au-

tant de circonstances qui rendent pénible et insuffisante l'exploration du dernier des intestins à l'aide du spéculum. L'étroitesse de celui-ci, nécessitée par le peu de dimension de l'anus, s'oppose encore à ce qu'on puisse bien éclairer son fond, et juger convenablement des nuances de coloration ou des tumeurs que l'intestin présente.

1773. Toutefois plusieurs de ces inconvéniens pourraient être probablement évités si l'on se servait d'un spéculum bien fait. Celui à deux valves qui s'écartent à volonté lorsqu'elles sont introduites, est l'un des meilleurs. On trouve chez M. Charrière (1), dont on connaît l'habileté, un *speculum ani* très convenable et qui, composé de trois pièces, articulées par leurs bords contigus, et roulées, en quelque sorte, sur elles mêmes, se déploient à volonté après l'introduction de l'instrument. On pourrait employer un spéculum en cristal qui permettrait d'examiner la membrane muqueuse à travers ses parois. On disposerait un des points de son étendue, de telle sorte qu'une ouverture latérale fût faite à volonté et permît ainsi de laisser saillir, dans la cavité de l'instrument, la partie malade que la diaphanéité des parois aurait permis d'apercevoir. Enfin, sur ce sujet comme sur tant d'autres, il y a beaucoup à faire. Le *speculum ani* aura toujours le grave inconvénient qui dépend de la difficulté qu'on éprouve à manier des instrumens dans une étroite cavité.

1774. Quelque soit le spéculum dont on se serve, il faut qu'il soit surmonté d'un enbout de forme ovoïde à son extrémité, et qui puisse être retiré facilement après son introduction dans l'anus. Le bord terminal des valves et le rebord de l'enbout sur les

(1) Rue de l'École de médecine, n. 7.

points qui se touchent, seront arrondis, polis, et cela pour éviter de pincer et de blesser la membrane muqueuse de l'intestin. L'instrument est graissé d'huile et non de cérat (à cause du défaut de transparence de celui-ci); on l'échauffe en le plongeant dans l'eau dont la température soit de 28 à 30°. On le saisit à pleines mains, ou encore on le tient comme une plume à écrire en ayant bien soin que l'enbout appliqué ne s'écarte pas. La peau des environs de la marge de l'anus est alors tirée en dehors. On imbibe d'huile l'intérieur de cet orifice, et on introduit doucement et lentement l'enbout. On porte le spéculum dans une direction d'abord parallèle à l'axe du corps (pour la portion du rectum comprise entre les deux sphincter), puis on lui fait suivre la courbure que présentent les faces antérieures du coccyx et du sacrum. Quand le spéculum est introduit à la hauteur où l'on voulait le faire pénétrer, on écarte lentement et très légèrement les valves ou on les déploie (suivant la forme de l'instrument dont on s'est servi); on retire alors doucement l'enbout. On éclaire autant que possible, avec une bougie, la cavité du spéculum, et l'on procède à l'inspection des parties qui font saillie dans cette cavité. Malheureusement cette saillie est le plus souvent assez considérable pour boucher tout l'espace que circonscrit l'instrument. Pour achever l'examen, on retire très lentement le spéculum, et l'on examine la membrane muqueuse à mesure qu'elle vient se présenter au bout du spéculnm.

1775. De quelque manière qu'elle soit pratiquée, l'inspection de la marge de l'anus et de la membrane du rectum peut faire reconnaître les lésions anatomiques suivantes : 1° la couleur plus ou moins rouge de l'intestin; 2° les ulcérations syphilitiques ou autres qu'il peut présenter; 3° cette excoriation superficielle

souvent cachée entre les plis de la membrane muqueuse, ou entre des hémorrhoïdes, si cruellement douloureuse, et si bien décrite par mon ancien maître, M. le professeur Boyer (fissure); 4° les orifices de conduits fistuleux, communiquant dans des cavités non ouvertes au dehors (fistules borgnes internes), ou aboutissant à la peau de la marge de l'anus. Il faut se rappeler ici que l'ouverture supérieure de ces fistules est ordinairement située à peu de hauteur; qu'on la tire facilement au dehors, et qu'elle existe parfois très près de l'anus; 5° des surfaces ou des excoriations saignantes donnant lieu à une hémorrhagie en nappe ou même par jet, comme j'en ai vu, conjointement avec M. le docteur Loyer, un exemple remarquable; 6° des tumeurs hémorrhoïdaires, intactes ou ulcérées; rosées ou rouges, violettes, presque noires et comme étranglées, sèches ou laissant suinter des mucosités ou du sang, consistant en de simples dilatations de veines, et plus souvent dans de véritables tumeurs érectiles, démesurément douloureuses, alors qu'elles sont enflammées; affectant une forme pédiculée ou une surface globuleuse; supportées par une large base; rarement simples, souvent multiples et formant, par leur réunion, un bourrelet partiel ou complet alentour de l'anus, soit au dessous des sphincters, soit entre eux, soit au-dessus d'eux; 7° des végétations syphilitiques, pédiculées, lobulées, découpées, frangées à leur sommet, multiples, agglomérées, rosées, quelquefois rouges; humides ou sèches, ordinairement peu douloureuses et se rencontrant plutôt à la marge de l'anus que plus profondément; 8° des tumeurs carcinomateuses, supportées par une base indurée, des polypes, etc., etc.

1776. La Palpation ou le toucher de l'anus et de l'extrémité inférieure du rectum est d'une grande

importance pratique; elle exige la même position du malade que l'inspection. Toutefois, cette position peut varier suivant le siège qu'occupent, dans le fondement, les affections que le toucher est appelé à y découvrir. On doit aussi échauffer le doigt indicateur qui est le plus convenable pour cette opération; l'enduire d'un corps gras, faire légèrement écarter les tégumens du pourtour de l'anus et introduire avec lenteur et précaution ce même doigt. Il faut en même temps que l'on pénètre dans l'intestin, explorer la marge de l'anus, l'espace circonscrit entre les sphincters, et enfin les parties superposées à ces anneaux musculeux. La pulpe du doigt sera portée successivement vers les divers points de la circonférence de l'intestin; et si l'on craint un rétrécissement profond, on cherchera à pénétrer le plus profondément possible. En retirant l'indicateur, on aura soin d'examiner encore l'état des parties de l'intestin qui se présentent sur son passage.

1777. La palpation ainsi pratiquée, fait trouver dans l'état normal : 1° un retrécissement marqué en bas, (sphincter interne), et quelques plis qui le circonscrivent; 2° un espace un peu plus large, (espace situé entre les sphincters); 3° un nouveau rétrécissement à six lignes ou à un pouce du premier, (sphincter interne); 4° au-dessus une excavation large dans laquelle il faut introduire le doigt profondément et le recourber pour arriver à toucher les parois de l'intestin; 5° en avant, lorsque la vessie est pleine d'urine, se trouve le bas fond de cet organe, rapport anatomique qui a conduit M. Samson à ses remarquables travaux sur la lithotomie par le rectum; 6° en avant aussi sur la femme se rencontrent profondément le col et même le corps de l'utérus : 7° sur l'homme, plus bas que la vessie, on touche

un corps assez résistant constitué par la prostate; plus latéralement sont les vésicules séminales, et tout à fait en bas et en avant sur la ligne médiane, le canal de l'urêtre reconnaissable au cordon arrondi qu'il forme sous le doigt. La possibilité de sentir le canal de l'urêtre et la prostate de cette manière, fait, du toucher du rectum, toutes les fois qu'il s'agit du cathétérisme de la vessie, une règle importante de pratique; 8° postérieurement, le doigt ne trouve qu'une profonde excavation derrière laquelle est le sacrum. Toute la surface interne du rectum donne la sensation d'une surface unie et polie; 9° on rencontre encore, dans cet intestin, des fécès dont la consistance et la forme sont variables.

1778. Or, dans l'état anormal, le toucher du rectum fait trouver d'abord : les ulcérations, les fissures, les orifices de conduits fistuleux, les tumeurs hémorrhoidales, variqueuses, cancéreuses, les polypes les végétations, etc., que l'inspection fait aussi reconnaître; elle permet ensuite de constater : — 1° des coarctations permanentes dues à des productions carcinomateuses, et dont la hauteur est variable. Dans ce cas, un bourrelet plus ou moins saillant, engorgé, dur, arrondi, constitue le plus souvent le resserrement, qui, quelquefois aussi est surmonté de végétations plus ou moins nombreuses. Celles-ci occupent par fois le centre de l'espace retréci, et contribuent encore à en diminuer le calibre. Il ne faut pas prendre pour une coarctation organique la contraction spasmodique et souvent très violente du sphincter interne et même de quelques fibres circulaires de l'intestin situées plus haut; il n'y a alors ni indurations aux alentours, ni végétations; le doigt pénètre dans le point rétréci et sent quelquefois les fibres musculaires se contracter sur lui. L'espèce de dia-

phragme qui l'entoure est mince, et semble être constitué par une membrane accidentelle : ce sont là les rétrécissemens qu'on guérit le mieux; — 2° des abcès reconnaissables à la tuméfaction, à la douleur qu'ils produisent lorsqu'on les touche, à la fluctuation qu'ils présentent à leur centre et à l'engorgement dont leur base est parfois entourée. Il est urgent de rechercher avec soin jusqu'à quelle hauteur ils s'élèvent par en haut et dans quelle largeur ils sont développés; — 3° l'accumulation dans le rectum, de fécès indurés qui y forment des tumeurs inégales, bossélées, arrondies, très consistantes et par fois énormes; — 4° la présence de corps étrangers tels que des os, des aiguilles, etc, introduits ou parvenus dans le rectum; — 5° l'engorgement inflammatoire ou chronique de la prostate; — 6° la dilatation de la vessie par l'urine, reconnaissable à la grande dimension et à la tension que présente le bas fond de cet organe; — 7° les calculs volumineux ayant leur siège dans le réservoir de l'urine, ou dans le canal de l'urêtre; — 8° les obstacles que celui-ci peut opposer à l'introduction d'une sonde; — 9° le déplacement, l'abaissement, l'hypertrophie, les lésions organiques dont l'utérus ou son col peuvent être atteints, etc.

1779. La palpation médiate ou le cathétérisme du rectum avec une sonde de gomme élastique, permet dans quelques cas, de reconnaître des retrécissemens placés trop haut pour que le doigt puisse les atteindre. Le cathétérisme des fistules à l'anus est entièrement du ressort de la chirurgie.

1780. La Percussion n'apprend rien relativement à l'anus. Toutefois, par les résultats qu'elle donne sur d'autres organes, elle peut servir, dans quelques cas, à diagnostiquer la nature d'affections de

la marge du fondement : un malade de l'Hôtel-Dieu portait une tumeur énorme des bourses et de l'aine droite; la plessimétrie y fit constater de la sonoréité; on en déduisit qu'il s'y trouvait des gaz. On apprit que la tumeur avait commencé, près du fondement, par un petit abcès ; qu'à la suite d'un lavement, cet abcès s'était propagé en avant ; que la lésion avait fini par s'étendre en peu d'heures jusqu'où on la voyait. On sonda ; l'urèthre était libre. On diagnostiqua une perforation du rectum par laquelle des gaz s'étaient échappés. Ainsi s'expliquait la présence du son clair des bourses. L'incision des parties engorgées fut suivie de la sortie de nombreuses bulles d'air et d'une odeur fécale infecte; le malade périt plusieurs jours après, et on trouva la perforation du rectum qui avait été annoncée.

1781. Il a été parlé ailleurs (1696) de l'examen des liquides excrétés par le rectum.

1782. Signes Physiologiques. La plupart des troubles fonctionnels que l'anus peut présenter ont été étudiés à l'occasion de la souffrance des intestins. Bornons-nous ici aux propositions suivantes : 1° les douleurs, le prurit de la marge de l'anus, sont souvent les indices d'hémorrhoïdes qui y ont leur siége; — 2° sur les jeunes enfans, les démangeaisons annoncent fréquemment la présence, dans le rectum, d'ascarides vermiculaires ; — 3° des douleurs aiguës survenant brusquement au moment des évacuations alvines, sont des symptômes fréquens de corps étrangers qui blessent le rectum, — 4° des douleurs excessives pendant la défécation, et se prolongeant long-temps après, sont très ordinairement en rapport avec l'existence d'une fissure ; — 5° des pulsations dou-

loureuses, ressenties dans le rectum ou à la marge de l'anus, doivent faire rechercher si un abcès ne se forme pas au voisinage de ces parties; — 6° des douleurs persistantes, profondes, lancinantes, sont parfois ici le résultat de carcinômes du rectum; — 7° les démangeaisons, la douleur de l'anus sont souvent les suites de la constipation et des symptômes de l'irritation des intestins : on voit parfois survenir la diarrhée peu de temps après la manifestation de ces accidens; — 8° des douleurs sourdes, consistant en un sentiment de pesanteur sur le fondement, et assez semblables à celles que les femmes éprouvent lors de l'accouchement, sont le plus ordinairement en rapport avec une métropathie, et surtout avec un abaissement ou une chute de l'utérus; — 9° des besoins fréquens d'aller à la selle, sont souvent les indices d'affections de la vessie, de la prostate et du canal de l'urètre.

1783. La contraction des sphincters, est un phénomène physiologique qui, exagéré, donne lieu à plusieurs inductions diagnostiques. — Elle est en général un signe de l'irritation du rectum; elle se fait remarquer lorsque des matières très dures distendent cet intestin; lorsque des hémorrhoïdes y ont leur siége; lorsque des fissures très douloureuses existent à la marge de l'anus. — On observe parfois aussi cette contraction spasmodique, alors que les autres parties du tube digestif sont malades. — Elle est fréquente sur ceux qui restent longtemps assis, qui mènent une vie sédentaire ou qui stimulent trop leur cerveau, etc.

1784. Nous avons parlé ailleurs du relâchement des sphincters et des selles involontaires qui en sont les suites (1727).

1785. La souffrance de l'anus peut retentir sur tous les points du tube alimentaire. — A l'occasion des douleurs qui y ont leur siége, il survient parfois des nausées, des vomissemens, des selles nombreuses. — On sait qu'il suffit d'injections peu abondantes avec des substances purgatives dans le rectum, pour éveiller les contractions de tout l'intestin. — La rectorrhagie et le développement d'hémorrhoïdes volumineuses et saignantes sont souvent en rapport avec quelque gêne dans la circulation. Cette gêne peut exister, 1° entre le foie et l'anus (tumeurs sur les veines, fécès endurcis, utérus développé, etc.); 2° dans le foie (hypertrophie, tumeurs qui compriment la veine porte, ou la veine cave inférieure); 3° Dans les gros vaisseaux ou dans les poumons; 4° par suite d'un état de polyperhémie, etc., les hémorrhoïdes et la rectorrhagie ne sont donc pas des symptômes exclusifs d'affections abdominales, mais elles se manifestent aussi consécutivement à beaucoup d'autres états organo-pathologiques; — des abcès à la marge de l'anus sont des accidens fréquens dans la pneumostrumosie, (phthisie pulmonaire); ils paraissent être souvent les résultats de tubercules développées sur ce point. Probablement, se forment-ils ainsi que les hémorrhoïdes, là plutôt qu'ailleurs, à cause de la déclivité de l'anus, de la manière peu fixe dont les parties qui le circonscrivent sont soutenues par en bas, et de l'influence qu'a la gêne de la circulation générale sur la circulation partielle du rectum; — quoiqu'il en soit, ces abcès finissent souvent par des fistules qui ne sont pas plus que les abcès des signes favorables dans la phthisie; — de ce que des tuberculeux sont morts après l'opération, ce n'est pas une raison pour croire que la terminaison fatale ait eu lieu par suite de la guérison d'une fistule; les phthisi-

ques meurent en effet avec et sans abcès à l'anus; — il faut toutes les fois que l'on observe cette dernière affection explorer la poitrine avec un soin tout particulier.

1786. Le Diagnostic spécial et comparatif des états organo-pathologiques de l'anus, doit être renvoyé aux traités de chirurgie; d'ailleurs, il a été en partie exposé dans les divers paragraphes de cet article. Voyez pour les inflammations pour les ulcérations, pour les fissures, pour les abcès, pour les fistules, pour les hémorrhoïdes (1775); pour les coarctations, pour les végétations, pour les lésions organiques (1777, 1778).

## CHAPITRE QUATRIÈME.

### EXPLORATION DES GLANDES ET DES GANGLIONS SANGUINS ABDOMINAUX.

#### §. 1er. *Exploration du foie et de la vésicule biliaire.*

1787. Le foie, dans l'état normal, occupe l'hypochondre droit, s'étend vers l'épigastre et dépasse la ligne médiane. Il s'élève plus ou moins haut sous les côtes droites, contribue beaucoup à donner au diaphragme la forme bombée qu'il présente, et est profondément caché dans le lieu qu'il occupe. Nous parlerons bientôt de son siège et de ses dimensions, à l'occasion de la percussion médiate de cet organe.

1788. L'inspection de la région occupée par le foie,

ne fournit, dans l'état de santé, aucun document sur la forme et les dimensions de ce viscère. Il faut que dans l'état de maladie, il ait acquis une dimenmension énorme pour faire saillir l'hypochondre d'une manière appréciable à la vue ; ou bien encore, il faut qu'il soit étrangement déformé pour que la configuration des parois qui le recouvrent en soit modifiée. Dans quelques observations d'hyper-hépatotrophie (augmentation de volume du foie), l'hypochondre droit était évidemment plus saillant que le gauche. Dans quelques autres, où la dimension du viscère était surtout exagérée par en bas, et où le sujet était très amaigri, on distinguait manifestement une saillie formée par le rebord hépatique et au-dessous de laquelle se voyait une dépression manifeste des parois abdominales : ceci n'avait lieu que lorsque les intestins étaient à peu près vides de gaz ou après la ponction dans l'hydro-péritonie. Sur certains sujets atteints de carcinômes du foie, des tumeurs encéphaloïdes énormes existaient dans son tissu, ou des kystes hydatiféres s'y développaient ou se manifestaient sur sa face inférieure : alors, l'hypochondre droit présentait, dans le premier cas, une forme bosselée, et dans le second, une saillie très considérable qui donnait à cette partie une forme toute spéciale. Dans des circonstances semblables, les côtes sont déjetées en dehors. « On voit alors la face antérieure des dernières côtes et de leurs cartilages, devenir supérieure, leur bord supérieur devenir postérieur, etc. La dernière côte, repoussée en dehors, se montre aussi très manifeste à la simple vue. » (Andral), des abcès du foie peuvent aussi devenir proéminens à l'extérieur.

1789. L'inspection des formes du thorax peut faire prévoir qu'elles sont celles du foie. Quand la poitrine

est spacieuse, il arrive le plus souvent que l'organe est très épais et que sa dimension, de haut en bas, est peu considérable. Tout au contraire, lorsque les parois sont très étroites, le foie gagne en hauteur ce qu'il perd dans ses dimensions transversales. Les déformations du thorax en déterminent aussi de très notables, dans la forme, et la position de la glande hépatique. N'oublions pas cependant que le plus souvent les déformations de la partie inférieure du thorax, sont le résultat d'une courbure de l'épine ou d'une conformation originelle. Tout récemment encore, j'ai vu une énorme saillie de l'hypochondre droit, dans laquelle le foie se trouvait placé, être congénitale et ne dépendre ni d'une hépatopathie, ni d'une déviation du rachis.

1790. L'inspection de la vésicule biliaire, ne peut conduire à quelque document que si celle-ci devient énorme. Dans un nombre assez considérable de cystiectasies biliaires (dilatation de la vésicule par la bile), reconnus par d'autres moyens, je n'ai vu que rarement le réservoir de la bile, faire assez de saillie pour être reconnu à l'extérieur. Voici du reste les caractères déduits de l'inspection que Petit, dans son excellent mémoire (1), donne des tumeurs biliaires: circonscrites, distinctes *sans confusion* et sans œdème, elles sont placées au-dessous des fausses côtes et sous le muscle droit. Les abcès du foie, au contraire, ne sont point circonscrits, ils semblent confondus dans les tégumens et n'ont aucune situation particulière. Ces signes ne peuvent avoir quelque valeur qu'autant qu'ils sont réunis à d'autres documens dont il sera parlé plus loin.

1791. Pour pratiquer LA PALPATION du foie, le

(1) Sur les tumeurs formées par la bile retenue dans la vésicule du fiel; Mémoires de l'Académie de chirurgie, tome 1er, article 1er.

malade est placé dans la même position que lorsqu'il s'agit d'explorer l'abdomen en général (455). Il faut surtout ici avoir le soin de recommander au malade de ne point contracter les muscles du ventre (1573, 1574). Si l'on ne parvient pas à obtenir la laxité de ceux-ci, on est très exposé à prendre pour le bord tranchant du foie, le point qui correspond à la première intersection aponévrotiqne du muscle droit. Cette méprise est très ordinaire. Un moyen de ne pas la commettre, c'est de se rappeler que le sterno-pubien a seulement quelques pouces de largeur, et que le foie s'étend plus à droite. Le rebord musculaire est aussi plus superficiel que le bord de l'organe hépatique. Ces caractères ne peuvent éviter l'erreur dans tous les cas, car sur certains sujets le muscle droit s'étend jusqu'auprès du rebord costal droit, et il arrive sur d'autres, qu'on juge fort mal de la profondeur des parties que la main sent dans l'abomen.

1792. Pour palper convenablement le foie, la main de l'explorateur est appliquée à plat sur le côté droit de la poitrine; puis on la porte successivement en bas sur les côtes, jusqu'à leur rebord, et on s'assure par de légers mouvemens d'allée et de venue, que ce sont bien les parois thoraciques qui se trouvent sous les doigts qui les pressent. Arrivé au-delà du rebord, on appuie un peu plus la main et l'on cherche à pénétrer profondément dans l'abdomen, en exerçant toujours des mouvemens latéraux et dans des sens divers. Alors on ne tarde pas ordinairement à sentir le limbe inférieur du foie que l'on suit dans toute son étendue, soit à droite, soit à gauche. On porte ensuite la main très profondément au-dessous du rebord hépatique. On dirige la pulpe des doigts en haut, et on cherche à explorer la forme de la face inférieure du foie. M. Andral

indique encore le procédé suivant : « Portez, sur l'hypochondre, la main disposée de telle manière que tous les doigts étant étendus et rapprochés les uns des autres, à l'exception du pouce, le bord externe du doigt indicateur touche, dans toute son étendue, les parois abdominales. Enfoncez directement la main dans cette direction, d'avant en arrière, puis portez là brusquement de bas en haut, en rapprochant son bord cubital des parois de l'abdomen, et pressant toujours, suivant cette nouvelle direction avec son bord radial. »

1793. Souvent, malgré ces précautions, sur les personnes grasses, et principalement sur celles dont les muscles abdominaux sont très disposés à se contracter, on ne peut parvenir à déprimer les parois, à reconnaître le bord inférieur du foie et à le distinguer de la première intersection aponévrotique du muscle sterno-pubien. Il arrive dans l'hyper-hépatotrophie que « l'on ne constate rien autre chose en palpant l'abdomen, qu'une résistance inégale à la pression des deux côtés de la ligne blanche. Ainsi, tandis que dans l'hypochondre gauche, les parois abdominales se laissent facilement déprimer et que la main plonge profondément sans trouver d'obstacles ; dans l'hypochondre droit, au contraire, les parois abdominales sont tendues comme si un corps solide, situé derrière elles, les empêchait de céder à la main qui cherche à les déprimer. *Il y a*, dit M. Andral, *beaucoup de cas de maladies du foie où cette inégalité de souplesse des deux hypochondres est le seul indice* (1) *de la tuméfaction de cet organe.*

1794. Le foie est souvent trop profondément ca-

(1) Il est évident que M. Andral n'a voulu parler ici que de l'exploration du foie par le toucher, sans avoir en vue les autres moyens d'exploration.

ché sous les côtes pour qu'on puisse le sentir. Il est bon, dans un cas semblable, de faire tenir le malade debout ou assis, pour que le poids de la glande hépatique l'entraîne par en bas et puisse être mieux saisie. Il est encore un autre moyen de faire abaisser cet organe vers l'abdomen, c'est de recommander au malade de faire une forte inspiration et de palper l'épigastre et les hypochondres au moment où ce mouvement est porté le plus loin possible. Il m'est arrivé, dans quelques cas, de retrouver ainsi le limbe hépatique que je n'avais pu palper de toute autre manière.

1795. Fréquemment, le foie est inégalement développé, et sur l'un des hypochondres il est beaucoup plus volumineux que dans l'état naturel et que cela n'a lieu proportionnellement de l'autre côté. Il est bon, pour s'assurer de cette disposition organique, de faire coucher le malade tantôt sur le côté droit, tantôt sur le côté gauche, en même temps que le bassin et les membres sont demi-fléchis, et de palper le foie dans ces positions variées. Il serait peut-être utile, dans quelques autres cas, de faire reposer le corps du malade sur les mains et les coudes, en tenant ainsi le ventre élevé et distant de la surface du lit. Alors, les muscles abdominaux sont ordinairement dans le relâchement, le foie se rapproche des parois et on peut facilement le palper.

1796. Il arrive assez fréquemment que le foie vient former tumeur à l'ombilic, et sur d'autres points de l'abdomen. Alors il est urgent de palper avec soin l'organe dans le lieu qu'il occupe d'ordinaire et de suivre sa surface jusqu'aux points vers lesquels il s'étend.

1797. Or, la palpation, pratiquée avec soin,

peut faire très bien juger de toute la portion du foie qui dépasse le rebord costal, et en faisant abaisser cet organe au moyen de la station ou de l'expiration, on peut même explorer des points de cette glande un peu plus élevés. Une portion considérable du foie existe souvent à l'épigastre, et celle-ci peut surtout être étudiée par le toucher. On reconnaît ainsi le poli, les aspérités, les bosselures, les tumeurs, les variations de densité que ces parties peuvent offrir. On lira avec beaucoup de fruit dans la Clinique de M. Andral (t. 2. p. 278, 3e édition), plusieurs observations de tumeurs du foie ou des parties voisines dans lesquelles le toucher donna lieu à des documens utiles, et aussi quelques autres faits où il fut loin de suffire pour établir le diagnostic.

1798. Toutes les fois que les portions de l'organe hépatique, affectées, sont situées au-dessus du rebord costal, il est à peu près impossible de tirer de la palpation du foie quelques documens utiles. Or, le plus ordinairement, le limbe du foie est au niveau du rebord thoracique, ou le dépasse à peine; bien plus, il arrive, lorsque la poitrine est étroite et très étendue de haut en bas, que le bord inférieur du foie remonte à deux ou trois pouces, au-dessus du rebord costal. Il faut conclure de tout ceci, que le plus souvent les maladies de la glande biliaire, celles même qui consistent seulement dans des variations de volume, ne peuvent être reconnues par la palpation. D'ailleurs, pour apprécier une modification dans les dimensions d'un corps, il faut de toute nécessité avoir des moyens de préciser le lieu qu'occupent les divers points qui limitent ses surfaces, et le toucher ne pouvant faire apprécier que le limbe, et quelque-

fois une petite portion de la face inférieure du foie, il est impossible qu'il permette d'apprécier le volume de ce viscère. Ajoutez qu'il ne peut donner aucun document sur l'état organique de la partie de la glande biliaire située tout à fait à droite et en arrière, et que c'est là le siége d'une infinité de lésions organiques; ajoutez encore que des épanchemens thoraciques portent le fond par en bas, le font saillir vers l'abdomen et conduisent parfois à penser que cet organe est volumineux alors qu'il n'y a rien de semblable; notez, de plus, que des tumeurs développées près ou même loin de lui, dans l'abdomen, peuvent lui faire éprouver des déplacemens qui fassent prendre le change sur les résultats que donne le toucher du foie (M. Andral en a cité de remarquables exemples des erreurs auxquelles le toucher de la glande biliaire pouvait conduire); notez encore que les épanchemens abdominaux rendent le plus souvent à peu près inexécutable, ou du moins sans fruit, le toucher du foie, et vous verrez toute l'insuffisance de la palpation pour faire apprécier l'état organique de la glande biliaire.

1799. Aussi, relevant dans le traité de la *percussion médiate* (p. 212), trente-huit cas de maladies du foie, explorés par l'un des meilleurs observateurs, il est arrivé que le volume de l'organe biliaire a été le plus souvent incomplétement reconnu. Cependant, ce moyen est encore celui que la plupart des médecins emploient presque exclusivement, tant il est difficile de sortir de la voie où l'on s'est une fois engagé, tant le progrès éprouve d'obstacles, et tant il y a, dans l'esprit humain, une tendance à ne pas apprendre à faire ce qu'on n'avait pas appris à pratiquer dans ses jeunes années.

1800. La Percussion du foie a été étudiée ailleurs avec le plus grand soin (1), et un grand nombre de faits recueillis depuis la publication des ouvrages qui en traitent, sont venus confirmer les résultats primitivement obtenus (2); de sorte que, craignant de faire ici d'inutiles répétitions, soit sur le procédé opératoire de la percussion du foie, soit sur les résultats qu'il donne, je me bornerai ici aux remarques et aux additions suivantes que je ne puis me dispenser de faire.

1801. Pour percuter le foie, il est indispensable de se servir du plessimètre; car le rebord inférieur et la portion de l'organe située au-dessous du poumon, se distinguent mal en employant le doigt.

1802. La percussion du foie doit être faite sur plusieurs points de son étendue, 1° au niveau de l'aisselle (et alors le malade est couché sur le côté gauche); 2° au niveau du mamelon; 3° sur la ligne médiane (dans ces deux derniers sens, la personne qu'on explore est étendue sur le dos); 4° on doit explorer ensuite le foie d'un côté à l'autre et rechercher à combien il s'étend à gauche de la ligne médiane; 5° dans le cas où il se prolonge à gauche, il faut ensuite percuter de haut en bas pour apprécier la dimension verticale du lobe gauche; 6° il est utile encore de percuter le foie en arrière, beaucoup plus souvent que moi-même je ne le fais d'ordinaire; car c'est là que se trouvent quelque-

---

(1) De la Percussion médiate, page 189. — Du Procédé Opératoire, n. 247.

(2) Voyez la *Clinique médicale*, (passim); le *Bulletin clinique*, n. et le *Traité de médecine pratique*, aux articles *Polyhyperhémie*, *Polyanémie*, *Cholihémie*, etc.

fois des tumeurs ou des hypertrophies de cet organe sur lesquelles la percussion peut donner quelques lumières.

1803, Pour bien reconnaître le foie par la plessimétrie, *il faut percuter d'abord le poumon très haut*, *sous l'aisselle, sous la clavicule, dans le dos* (suivant la partie de l'organe hépatique que l'on veut explorer), pratiquer une percussion forte jusqu'à ce que la sonoréité se trouble profondément (lorsque la plèvre et le poumon sont sains, c'est l'organe hépatique quicommence ici à correspondre), puis percuter légèrement, à l'effet de savoir quels sont les points du thorax auxquels le foie correspond directement et sans la médiation du poumon. On trouve, en effet, sur ces mêmes points, une matité et une résistance au doigt très marquées, en rapport avec la présence du foie.

1804. La limitation inférieure du foie doit se faire aussi sous l'aisselle, sous le mamelon, à l'épigastre, à gauche, et enfin en arrière. Il faut percuter avec des degrés variés de force et de faiblesse et cela pour juger des points où l'organe cesse de se trouver, pour apprécier son épaisseur et pour déterminer avec exactitude la limite où les sons tympaniques de l'estomac et de l'intestin remplacent ceux que donne le foie. *Il ne faut pas surtout oublier ici que l'on doit explorer l'abdomen très bas* et loin du foie, puis remonter vers cet organe à l'effet de s'assurer qu'il ne s'étend pas plus loin que d'abord on n'était porté à le croire. Il est arrivé une fois que, faute de cette précaution, le foie s'amincissant beaucoup au-devant des viscères, n'a pas été reconnu sur des points où il se trouvait encore.

1805. Dans tous les cas, on doit avoir le soin

de suivre les rebords hépatiques en haut et en bas, à l'effet de bien dessiner leur forme et leur limite, *qu'il faudra indiquer avec le nitrate d'argent*. On trouvera d'ailleurs, dans le procédé opératoire sur l'exploration plessimétrique du foie, un grand nombre de détails qui ne peuvent être reproduits ici.

1806. La percussion de la vésicule du fiel exige d'abord que l'on ait limité et dessiné, avec l'encre ou le nitrate d'argent, la forme du bord inférieur du foie. Quand cet organe est bien reconnu, on percute de droite à gauche, d'arrière en avant, avec beaucoup de légèreté et d'attention l'espace situé au-dessous du rebord hépatique, et on note avec soin les points où les sons s'altèrent. Or, il arrive, dans les cas de cystiectasie biliaire, qu'au-dessous de ce rebord, à un pouce ou deux à droite de l'ombilic, se trouve une matité sans résistance au doigt, plus marquée au milieu que sur les bords et parfois accompagnée d'un tintement métallique léger ou de bruit hydro-pneumatique. C'est ordinairement la vésicule biliaire qui est alors sur ce point. Il faut bien s'assurer que ce n'est pas la portion du muscle sterno-pubien droit, située au-dessus de la première intersection aponévrotique qu'on rencontre dans cet espace. Pour cela, il faut d'abord bien faire relâcher les muscles abdominaux et percuter des deux côtés comparativement. Prenez garde encore de prendre pour la vésicule, des liquides contenus dans le duodénum ou l'estomac; vous éviterez cette erreur en faisant coucher le malade sur le côté gauche, et en percutant ensuite les points où vous croyez que la vésicule a son siége. Les sons qui sont propres à celle-ci, ne peuvent guère varier suivant la position du sujet, tandis que ceux auxquels donnent

lieu les fluides contenus dans l'estomac ou l'intestin, changent de place en raison de la position de la personne qu'on examine. On dessine aussi avec le nitrate d'argent le pourtour de l'espace occupé par la vésicule, comme on l'avait fait pour le contour du foie.

1807. La percussion plessimétrique fait reconnaître la position et le volume du foie; elle sert à reconnaître la forme des bords supérieur et inférieur de cet organe. C'est par la matité qui lui est propre et qui est moins marquée que celle de la cuisse, que le foie est reconnaissable. Cette matité est circonscrite en haut par le son du poumon, en bas par celui de l'estomac et des intestins.

1808. Or, une percussion légère, fait reconnaître la présence du poumon sur les points qui recouvrent le foie, une percussion forte fait juger que l'organe hépatique se trouve derrière ce même poumon qui, dans l'état normal, donne un son parfaitement clair, aussitôt que le foie n'est plus derrière lui.

1809. « Une percussion légère fait apprécier, par le son jécoral, la présence du foie recouvrant l'estomac et les intestins; une percussion plus forte peut faire reconnaître, par le son tympanique profond qu'elle détermine, que des organes creux remplis de gaz sont situés derrière lui. »

« L'intensité des sons pulmonal, jécoral, intestinal ou stomacal; le degré de percussion nécessaire pour les obtenir, pourront rendre raison de l'épaisseur du poumon recouvrant le foie, ou du volume de la portion de cet organe superposé à l'estomac et aux intestins. »

1810. « L'étendue de l'espace où le son jécoral se fait entendre *dans l'état parfaitement sain*, a été

noté dans mes expériences faites à l'occasion du traité de la percussion médiate : de deux pouces tout à fait à gauche, de deux pouces et demi à droite de l'appendice xiphoïde, de trois pouces vers la hauteur du mamelon, et de quatre pouces au niveau de l'aisselle. Depuis la publication de mes ouvrages sur la percussion, je n'ai presque jamais négligé de dicter, dans les nombreuses observations que j'ai recueillies, le volume du foie, et j'ai trouvé que dans l'état pathologique ce volume variait beaucoup. Voici un relevé de quelques-unes d'entre elles, dans lequel la hauteur de l'organe hépatique a été prise successivement au niveau de l'aisselle, du mamelon, de l'épigastre, et où son étendue à gauche de la ligne médiane a été notée.

1811. Dans cinquante-cinq cas où l'entérite typhohémique était la maladie principale, le foie avait, 1° *sous l'aisselle :* 1 fois 7 pouces, 16 fois 6 pouces, 17 fois 5 pouces 1/2, 19 fois 5 pouces, 2 fois 4 1/2 ; — 2° *sous le mamelon :* 3 fois 5 pouces 1/2, 11 fois 5 pouces, 16 fois 4 pouces 1/2, 17 fois 4 pouces, 6 fois 3 1/2, 1 fois 3 pouces; — 3° *à l'épigastre :* 2 fois 4 pouces 1/2, 6 fois 4 pouces, 5 fois 3 pouces 1/2, 25 fois 3 pouces, 9 fois 2 pouces 1/2, 7 fois 2 pouces, 1 fois 1 pouce 1/2. — Dans 36 de ces cas, où l'on a limité l'extension du foie à gauche, on a trouvé qu'elle était 4 fois de 3 pouces, 6 fois de 2 pouces 1/2, 17 fois de 2 pouces, 3 fois de 1 pouce 1/2, 6 fois de 1 pouce, et 1 fois de 1/2 pouce. — Ces mesures donnent *pour moyenne : sous l'aisselle*, 5 *pouces* 1/2, *sous le mamelon* 4 *pouces* 1/4, *à l'épigastre un peu moins de trois pouces et une extension de deux pouces à gauche* de la ligne médiane ; un maximum de 7 pouces dans un seul cas, a été

noté au niveau de l'aisselle, et le minimum à cette même hauteur a été de 4 pouces 1/2.

1812. Dans 19 cas de bronchite ou de bronchorrée, le foie présentait, 1° sous l'aisselle : 3 fois 7 pouces, 1 fois 6 pouces 1/2, 1 fois 6 pouces, 8 fois 5 pouces 1/2, 5 fois 5 pouces, 1 fois 3 pouce; — 2° sous le mamelon : 1 fois 6 pouces 1/2, 1 fois 5 pouces 1/2, 2 fois 5 pouces, 7 fois 4 pouces 1/2, 6 fois 4 pouces, 1 fois 3 pouces 1/2, 1 fois 3 pouces; —3° à l'épigastre : 2 fois 4 pouces, 3 fois 3 pouces 1/2, 8 fois 3 pouces, 5 fois 2 pouces 1/2, 1 fois 1 pouce; — 4° à gauche de la ligne médiane et dans 12 de ces cas : 4 fois 2 pouces 1/2, 3 fois 2 pouces, 2 fois 1 pouce 1/2, 2 fois 1 pouce. *Ces mesures donnent pour moyenne: sous l'aisselle :* 5 *pouces* 7 *lig.*, le maximum étant de 7 pouces et le minimum de 4 pouces; *sous le mamelon* 4 *pouces* 11 *lignes* 1/2, le maximum étant de 6 pouces 1/2 et le minimum de 3 pouces; *à l'épigastre : près de* 3 *pouces*, le maximum étant de 4 pouces et le minimum d'un pouce; *à gauche* de la ligne médiane 1 *pouce* 1 *ligne* 1/2, le maximum étant de 2 pouces1/2 et le minimum de 1 pouce 1/2.

1813. Dans la pneumopathie tuberculeuse, où le volume du foie a été exactement noté, on a trouvé à ce viscère, 1° dans 24 cas, et au-dessous de l'aisselle, 8 fois 6 pouces, 5 fois 5 pouces 1/2, 5 fois 5 pouces, 5 fois 4 pouces 1/2, 1 fois 4 pouces; — 2° dans 23 cas, et sous le mamelon : 1 fois 6 pouces, 1 fois 5 pouces 1/2, 6 fois 5 pouces, 5 fois 4 pouces 1/2, 4 fois 4 pouces, 3 fois 3 p. 1/2, 2 fois 3 pouces, 1 fois 2 pouces 1/2; — 3° dans 25 cas, à l'épigastre : 1 fois 4 pouces 1/2, 3 fois 4 p., 5 fois 3 pouces 1/2, 3 fois 3 pouces, 3 fois 2 pouces 1/2, 5 fois 2 pouces, 3 fois 1 pouce 1/2, 2 fois

1 pouce ; —4° dans 16 cas, à gauche de la ligne médiane : 2 fois 2 pouces 1/2, 2 fois 2 pouces, 6 fois 1 pouce 1/2, 6 fois 1 pouce. *Ces mesures donnent, pour la moyenne, sous l'aisselle : 5 pouces 3 lig.* 1/2, le maximum étant de 6 pouces et le minimum de 4 ; *sous le mamelon : 4 pouces 3 lignes* 3/5es, le maximum étant de 6 pouces et le minimum de 2 pouces 1/2; à *l'épigastre* 2 pouces 8 lignes, le maximum étant de 4 pouces 1/2 et le minimum de 1 pouce ; *à gauche de la ligne médiane*, 1 *pouce* 1/2, le maximum étant de 2 pouces 1/2 et le minimum de 1 pouce.

1814. Dans 8 cas d'hémo-arthrite, le foie a présenté : 1° sous l'aisselle, 1 fois 6 pouces 1/2, 3 fois 6 pouces, 1 fois 5 pouces 1/2, 3 fois 5 pouces; — 2° sous le mamelon : 4 fois 5 pouces, 2 fois 4 p. 1/2, 2 fois 4 pouces ; — 3° à l'épigastre : 1 fois 4 pouc., 2 fois 3 pouces 1/2, 3 fois 3 pouces, 1 fois 2 pouces 1/2, 1 fois 2 pouces ; — 4° à gauche de la ligne médiane, et dans 5 de ces cas : 1 fois 3 pouces 1/2, 3 fois 2 pouces, 1 fois 1 pouce. *Ces mesures donnent, pour la moyenne : sous l'aisselle, 5 pouces 7 lignes* 1/2, le maximum étant de 6 pouces 1/2 et le minimum de 5 pouces; *sous le mamelon, 4 pouces 7 lignes* 1/2, le maximum étant de 5 pouces et le minimum de 4 ; à *l'épigastre :* 3 pouces, le maximum étant de 4 pouces et le minimum de 2. — *A gauche de la ligne médiane*, 2 *pouces* 7 *lignes*, le maximum étant de 3 pouces 1/2, et le minimum de 1 pouce.

1815. Dans l'hépatite, le volume du foie a été trouvé, 1° dans 24 cas, et sous l'aisselle : 1 fois 8 pouces 1/2, 6 fois 8 pouces, 4 fois 7 pouces 1/2, 3 fois 7 pouces, 4 fois 6 pouces 1/2, 2 fois 6 pouces, 3 fois 5 pouces 1/2, 1 fois 5 pouces ;—2° dans 24 cas, sous le mamelon : 1 fois 8 pouces 1/2, 3 fois 7 pouces 1/2, 1 fois 7 pouces, 1 fois 6 pouces

1/2, 6 fois 6 pouces, 4 fois 5 pouces 1/2, 4 fois 5 pouces, 2 fois 4 pouces 1/2, 2 fois 4 pouces; — 3e dans 22 cas, à l'épigastre : 1 fois 6 pouces 1/2, 1 fois 6 pouces, 1 fois 5 pouces 1/2, 2 fois 5 pouces, 3 fois 4 pouces 1/2, 7 fois 4 pouces, 3 fois 3 p. 1/2, 4 fois 3 pouces; — 4° dans 13 cas, à gauche de l'épigastre : 1 fois 6 pouces, 1 fois 5 pouces, 2 fois 4 pouces, 1 fois 3 pouces 1/2, 3 fois 3 pouces, 1 fois 2 pouces 1/2, 2 fois 2 pouces, 1 fois 1 pou., 1 fois 1/2 pouce. *Ces mesures donnent, pour la moyenne : sous l'aisselle, près de 7 pouces*, le maximum étant de 8 pouces 1/2, le minimum de 5 p. (Dans un cas en dehors des précédens, le foie a présenté 11 pouces); *sous le mamelon*, 5 *pouces* 1/2, le maximum étant de 8 pouces 1/2 et le minimum de 4 pouces; *à l'épigastre* 4 *pouces* 2 *lignes*, le maximum étant de 6 pouces 1/2 et le minimum de 3 pouces; *à gauche de la ligne médiane*, 3 *pouces* 4 *lig.*, le maximum étant de 6 pouces et le minimum de 1 pouce.

1816. Dans 82 cas de fièvre intermittente, et qui avaient *tous* offerts les signes de lésion remarquable de la rate, le foie a présenté les dimensions suivantes : 1° *sous l'aisselle* 2 fois 7 pouces, 1 fois 6 pouces 1/2, 24 fois 6 pouces, 27 fois 5 pouces 1/2, 17 fois 5 pouces 9 fois 4 pouces 1/2, 2 fois 4 pouces, *la moyenne a été de* 5 *pouces* 5 *lignes* 1/3, le maximum de 7 pouces et le minimum de 4; — 2° sous le mamelon : 5 fois 5 pouces 1/2, 14 fois 5 pouces, 6 fois 4 pouces 1/2, 31 fois 4 pouces, 14 fois 3 pouces 1/2, 12 fois 3 pouces; *la moyenne a été un peu plus de* 4 *pouces*, le maximum de 5 pouces 1/2 et le minimum de 3 pouces; — 3° à l'épigastre : 4 fois 4 pouces, 18 fois 3 pouces 1/2, 28 fois 3 pouces, 9 fois 2 pouces 1/2, 20 fois 2 pouces, 3 fois 1 pouce, *la moyenne a été de* 2 *pouces* 9 *li-*

*gnes* 3/7, le maximum de 4 pouces et le minimum d'un pouce ; — 4° à gauche de la ligne médiane, l'étendue du foie a été : 6 fois de 3 pouces, 1 fois de 2 pouces 1/2, 18 fois de 2 pouces, 3 fois d'un pouce 1/2, 41 fois elle n'a pas été appréciable, *la moyenne a été de* 10 *lignes* 4/7, le maximum de 3 pouces et le minimum de 0.

1817. Dans 22 cas de pneumonites, le foie a présenté les dimensions suivantes : 1° *sous l'aisselle* : 3 fois 6 pouces, 6 fois 5 pouces 1/2, 12 fois 5 pouces, 1 fois 4 pouces 1/2, *la moyenne a été de* 5 *pouces* 3 *lignes*, le maximum de 6 pouces, le minimum de 4 pouces 1/2 ; — 2° *sous le mamelon* : 2 fois 5 pouces 1/2, 2 fois 5 pouces, 10 fois 4 pouces 1/2, 5 fois 4 pouces, 3 fois 3 pouces 1/2, *la moyenne a été de* 4 *pouces* 4 *lignes* 1/2, le maximum de 5 pouces 1/2, le minimum de 3 pouces 1/2 ; — 3° *à l'épigastre* : 1 fois 4 pouces 1/2, 4 fois 4 pouces, 2 fois 3 pouces 1/2, 9 fois 3 pouces, 2 fois 2 pouces 1/2, 3 fois 2 pouces, 1 fois 1 pouce, *la moyenne a été un peu plus de* 3 *pouces*, le maximum de 4 pouces 1/2, le minimum d'un pouce ; — 4° l'extension du foie *à gauche de la ligne médiane* a été : 7 fois 3 pouces, 3 fois 2 pouces, 1 fois 1 pouce 1/2, 5 fois 1 pouce, 2 fois 1/2 pouce et 4 fois 0, *la moyenne a été* 1 *pouce* 6 *lignes* 1/2, le maximum 3 pouces, le minimum 0.

1818. Dans 9 cas de gêne à la circulation produite par des affections variées du cœur, ces dimensions du foie ont été : 1° *sous l'aisselle* : 2 fois 9 pouces, 1 fois 7 pouces 1/2, 1 fois 7 pouces, 1 fois 6 1/2, 1 fois 6 pouces, 5 fois 3 pouces, *la moyenne a été de* 6 *pouces* 8 *lignes*, le maximum de 9 pouces et le minimum de 5 ; — 2° *sous le mamelon* : 1 fois 8 pouces, 1 fois 7 pouces 1/2, 1 fois 6 p., 1 fois 5 p. 1/2, 4 fois 4 p. 1/2, 1 fois 3 p., *la moyenne a été de* 5 *p.* 4 *lig*, le

maximum de 8 pouces et le minimum de 3; — 3° *à l'épigastre* : 2 fois 5 pouces, 1 fois 4 pouces 1/2, 1 fois 4 pouces, 1 fois 3 pouces, 1 fois 2 pouces 1/2, 2 fois 2 pouces, 1 fois un 1/2 pouce, *la moyenne a été de* 3 *pouces* 2 *lignes*, le maximum de 5 pouces et le minimum d'un demi-pouce; — 4° le foie s'est étendu à gauche de la ligne médiane : 3 fois à 3 pouces, 1 fois à 1 pouce 1/2, 3 fois à 1 pouce, 2 fois à o, *la moyenne a été d'un pouce* 6 *lignes*, le maximum de 3 pouces et le minimum de o.

1819. Dans les observations précédentes, on a trouvé au foie des dimensions semblables à celles de l'état normal, ou les dépassant plus ou moins, et on a jugé de l'hypertrophie par l'extension du son propre au foie, à un pouce, deux pouces, trois pouces, etc., de plus que sur des hommes parfaitement sains. Dans quelques autres cas, mais infiniment plus rares, on a constaté une anhépatotrophie (atrophie du foie), par des résultats inverses.

1820. L'épaisseur du foie est appréciée, mais approximativement, par le degré de matité que cet organe présente sur les divers points de son étendue.

1821. « Un épanchement pleurétique, la pneu-

---

(1) Les mesures qui viennent d'être données, ont été recueillies avec soin chaque jour au lit du malade, et dictées en même temps que les observations. Il ne peut guère être échappé que des erreurs minimes, et qui ne peuvent en rien influer sur les résultats généraux et pratiques auxquels elles conduisent. Quelques personnes se sont demandées qu'elle pouvait être l'utilité des mesures des organes qui dans les obseraations recueillies à la Clinique, étaient prises sur la plupart des malades. Les relevés précédens et les considérations qui vont suivre serviront de réponses. Malheureusement même, il n'est que trop de cas, où il aurait été utile que ces mesures fussent plus exactement notées; car, bien que je n'aie guère négligé de les dicter, l'élève qui était chargé de les écrire les a souvent omises.

mohémie, la pneumonite, ayant même leur siége à droite, n'empêchent pas toujours de mesurer le volume du foie. Le changement de position du sujet fait varier le siége du liquide, lorsque celui-ci est libre dans la cavité de la plèvre : il est donc possible, en plaçant le malade dans des positions différentes, d'obtenir des signes plessimétriques évidens et propres à faire distinguer l'organe hépatique d'un épanchement pleurétique. Les portions de poumons hyperhémiées ou enflammées, situées au-dessus du foie, lorsque leur densité n'est pas extrême, donnent un peu moins de matité que le foie, et peuvent en être quelquefois distinguées. »

1822. « Dans le plus grand nombre des cas, les épanchemens de liquides dans l'abdomen n'empêchent pas de mesurer exactement par la percussion médiate le volume et la situation de l'organe sécréteur de la bile. Le son que donne le liquide péritonéal est moins mat que celui du foie et en est principalement distinct sur les parties qui sont moins déclives, et où des intestins nagent au milieu du liquide. — Si l'on veut juger du volume du foie dans l'hydropéritonie, il faut faire coucher le malade sur le côté droit, puis sur le côté gauche, étudier avec attention, dans ces deux positions variées, le siége et l'étendue qu'offrent le foie et l'épanchement. »

1823. Dans quelques cas, les intestins se trouvent placés entre le foie et les parois abdominales, et rendent ainsi fort difficile la mensuration de la glande hépatique. Alors on est très exposé à commettre des erreurs sur le volume de celle-ci. Les seuls moyens d'éviter cette méprise, seraient de faire coucher le malade sur le côté droit, de dé-

primer fortement les parois avec le plessimètre à l'effet de mettre celui-ci en contact avec le foie, et de percuter ensuite.

1824. Une matité, avec peu de résistance au doigt, dépassant le rebord du foie dans un espace de forme circulaire, variant d'un à plusieurs pouces de diamètre, et se trouvant sur un point correspondant à celui où se trouve la vésicule biliaire est ordinairement en rapport avec la présence de ce réservoir. — Il en sera surtout ainsi lorsque le bruit hydro-pneumatique se rencontrera sur l'espace occupé par le son mat, et lorsque le malade étant couché sur le côté gauche (position qui permet aux liquides de l'estomac et des intestins de se porter à gauche), la matité dont il s'agit persistera.—Par l'étendue de l'espace où se trouve le son mat, on juge très bien du volume de la vésicule biliaire, etc. (*percussion médiate*, p. 241).

1825. Les applications pratiques des faits précédens sont des plus nombreuses et des plus importantes :

1° L'appréciation de la forme du foie concourt à faire reconnaître les maladies partielles dont il peut être atteint. C'est ainsi que, dans les affections où le lobe gauche de cet organe est seul affecté, on trouve à celui-ci une dimension considérable qui altère la configuration totale du foie; c'est ainsi que, dans les maladies cancéreuses de ce viscère, son bord inférieur est parfois déformé et qu'en reconnaissant pendant la vie cette disposition anatomique, on arrive à mieux déterminer le caractère de la maladie; c'est ainsi que dans les tumeurs du foie, on peut juger du siége, de l'étendue et des rapports de ces tumeurs anormales, etc.

1826. Les relevés précédens prouvent de reste l'utilité, en diagnostic, de la mensuration du volume du foie. Ils nous font voir, 1° que dans les cas où l'hépatite est la maladie principale, la moyenne de la dimension du foie est dans le sens vertical de près de deux pouces au-dessus de l'état normal, et que, dans le sens horisontal, le volume de la glande hépatique est aussi très prononcé; 2° que dans les maladies du cœur, accompagnées d'une gêne marquée dans la circulation, la dimension du foie est aussi très considérable, mais moindre de quelques lignes que dans les cas d'hépatopathie primitive du foie; 3° que dans la bronchite, la bronchorrhée, affections dans lesquelles il arrive si souvent qu'un grand nombre de bronches sont oblitérées par l'écume, et qu'il y ait un commencement d'anhématosie, le volume du foie moins considérable que dans les cas précédens, l'est d'avantage cependant que dans la pneumonite, où le défaut d'hématose est souvent partiel; que seulement il semble que le lobe gauche est souvent plus développé proportionément dans la pneumonite que dans les maladies des bronches; que dans l'hémo-arthrite, accompagnée d'un mouvement fébrile intense, il y a aussi hypertrophie du foie; que celle-ci n'est pas plus marquée dans l'entérite, et qu'enfin dans les fièvres intermittentes, le foie est moins volumineux que dans l'hémo-arthrite, les bronchites, les maladies du cœur : ce fait est d'une haute importance et prouve que les fièvres intermittentes ne sont point le résultat d'une hépatopathie.

1827. L'appréciation du siége précis du foie, par la percussion, est d'une haute utilité pratique : 1° Elle permet de rapporter à cet organe les dou-

leurs auxquelles il donne lieu et de ne pas lui attribuer celles qui lui sont étrangères ; c'est ainsi que dans la pleurite et la pneumonite, la souffrance existe souvent au-dessus du lieu occupé par la glande biliaire, et que dans la gastrite ou l'entérite, le point endolori se manifeste plus bas que l'espace occupé par l'organe hépatique ; 2° elle fait reconnaître, dans les cas où le ventre est volumineux ou distendu par des gaz, le refoulement du foie par en haut, et démontre ainsi que la cavité du thorax est diminuée d'ampleur ; 3° arrive-t-il que les bronches livrent difficilement passage à l'air, que celui-ci s'accumule dans les vésicules et augmente ainsi le volume du poumon ? Un épanchement pleurétique occupe-t-il une grande partie de la cavité pleurale ? On est conduit à reconnaître de tels états organiques par l'abaissement du foie au-dessous du rebord costal (1352), etc.

1828. La mensuration exacte du foie par la plessimétrie, permettant de déterminer les variations de volume survenues dans cet organe, il en résulte que l'on peut apprécier dans les cas d'hyperhépatotrophie, l'influence qu'ont des médications variées sur les dimensions de la glande biliaire : c'est de cette sorte qu'il a été possible de constater, à l'état aigu, qu'à la suite des saignées, le foie enflammé, et surtout hyperhémié, diminue de volume d'une manière très prompte ; que les purgatifs salins, lorsqu'ils procurent des évacuations abondantes, produisent un effet du même genre, etc. Cette appréciation des dimensions du foie a permis encore de démontrer combien la difficulté avec laquelle la circulation ou la respiration se font, influe sur l'augmentation du volume de la

glande biliaire, puisqu'on voit souvent celle-ci acquérir de grandes dimensions tout aussitôt qu'il existe un trouble circulatoire ou respiratoire. Elle a conduit encore à prouver que le foie contient une certaine proportion de sang, en quelque sorte en réserve, et qui rentre dans l'économie lorsque des hémorrhagies ont eu lieu; c'est ainsi qu'à la suite des grandes saignées les malades sont souvent à peine affaiblis, mais que la glande biliaire est de beaucoup diminuée de volume. De ces faits et d'un grand nombre d'autres, est résulté que souvent le volume considérable du foie constaté par la percussion peut être compté parmi les symptômes de la polyhyperhémie, tandis que sa petitesse est l'un des caractères de la polyanhémie.

1829. L'appréciation de l'état de la vésicule du fiel au moyen de la percussion, a permis, 1° de constater que souvent, dans la cholihémie (ictère), le réservoir de la bile est distendu par ce liquide, et que par conséquent l'obstacle au cours de celui-ci existe, non pas dans le foie, mais bien dans le conduit cholédoque ou vers le duodénum; 2° de déterminer des pressions sur le fond de la vésicule, soit avec la main, soit avec un bandage approprié, et cela dans l'intention de surmonter les obstacles dont il vient d'être question (1); 3° de reconnaître que dans l'hypertrophie du foie, proprement dite, et dans la simple congestion, la vésicule n'est pas ordinairement pleine de bile; 4° que dans des cas où la cystiectasie biliaire avait lieu, il arrivait souvent consécutivement que le foie s'hyperhémiait et était atteint de phlogose, etc., etc.

---

(1) Voyez l'article *Cholihémie* du *Traité de médecine pratique*.

1830. De la limitation plessimétrique du foie et de la vésicule, est encore résultée la possibilité de reconnaître les rapports existans entre ces parties, les viscères abdominaux et les tumeurs développées dans l'abdomen, etc.

1831. L'AUSCULTATION ne donne dans les maladies du foie, que fort peu de documens. Cependant: 1° elle fait apprécier les points où l'organe correspond directement aux parois thoraciques; le murmure respiratoire cesse en effet là où l'organe hépatique commence à correspondre; 2° elle fait aussi percevoir la vibration que la percussion produit dans les tumeurs hydatiques (1832); 3° en constatant l'existence de maladies des poumons ou de la plèvre du côté droit, elle éloigne de l'idée que l'on pourrait se former à tort de l'existence d'une maladie du foie.

1832. LA FLUCTUATION peut fournir quelques documens dans les abcès et dans les tumeurs du foie. Elle ne diffère pas ici de ce qu'elle est ailleurs. Lors donc qu'une collection de liquide considérable s'est formée sur un point de l'organe hépatique voisin des parois, il se peut faire qu'en appliquant l'une des mains sur un point de son étendue, tandis qu'un ou plusieurs doigts impriment un léger choc sur d'autres parties de l'espace occupé par le liquide, il se peut faire, dis-je, qu'une sensation de flot soit perçue et fasse reconnaître la maladie. C'est ainsi que de vastes tumeurs hydatiques développées dans l'épaisseur ou à la face inférieure du foie, ont souvent donné lieu à ce signe qui a conduit, dans quelques cas, à tenter des moyens chirurgicaux pour les combattre (Récamier). Il est encore une sensation d'une grande importance qui peut être rapportée à la fluctuation et qui s'obtient

soit par la percussion plessimétrique, soit par la percussion directe, je veux parler du frémissement hydatique. (V. *le Traité de la Percussion*, page 32). Il consiste dans une vibration, une oscillation très analogues à celles que font sentir, au doigt qui percute, le timbre d'une montre à répétition et les fauteuils qui contienneut des ressorts élastiques. C'est un sentiment de frémissement qui se prolonge et qui rappelle très bien au toucher et à l'ouïe, les oscillations que prèsente à la vue la gelée de viande solidifiée qui vient à être agitée par une cause quelconque. Ce phénomène, lorsqu'il est bien manifeste, est un signe positif de la présence d'hydatides nombreuses dans un kyste commun.

1833. La fluctuation sert encore à faire reconnaître la vésicule biliaire distendue par la bile. Petit s'est attaché à distinguer les caractères qu'elle présente dans les cas d'abcès du foie et de cystiectasie biliaire. Dans les premiers, la fluctuation est long-temps avant d'être évidente, et ne se prononce qu'avec lenteur ; elle a d'abord lieu au centre et s'étend de proche en proche vers la circonférence, et quelque vaste que soit l'abcès, son pourtour est toujours plus ou moins engorgé. Dans la seconde, au contraire, la fluctuation est tout d'abord observable, elle a lieu sur toute la tumeur, dont la circonférence n'offre pas de dureté ni de gonflement.

1834. Il est évident, d'après les considérations précédentes, que la fluctuation, dans les hépatopathies, a pour principales applications pratiques, de constater, 1° dans le foie, la présence des abcès; 2° le caractère de certaines tumeurs hydatiques et en particulier de celles qui contiennent des hydatides ; 3° de faire reconnaître la distension de la

vésicule du fiel par la bile, alors que cette distension est très considérable.

1835. L'EXAMEN DES LIQUIDES formés par le foie, se réduit à celui de la bile, car il est impossible de constater quel est l'état du sang avant qu'il arrive à la glande hépatique et après qu'il en est sorti. Or, à part les cas démesurément rares et semblables à ceux relatés par Petit, où une fistule établit une communication entre la cavité de la vésicule et l'extérieur, on ne peut étudier le fluide biliaire que lorsqu'il est passé par le tube digestif et qu'il est mélangé avec les liquides ou les substances que celui-ci contient. Nous avons parlé ailleurs (1599) des variétés de viscosité, de coloration que la bile présente, et y revenir serait nous engager dans des répétitions inutiles. Ajoutons seulement ici que dans quelques cas on l'a trouvé pendant la vie, comme M. Andral et moi l'avons observé sur le cadavre, présentant l'aspect d'un liquide aqueux et albumineux, teint d'une légère couleur jaunâtre. Cet état de la bile qui se rencontre quelquefois dans la cyrrhose, l'atrophie du foie, etc., semble résulter d'une transformation de la bile en eau et en albumine. Dans ce cas, ce liquide a perdu son amertume habituelle. On croit, surtout en Angleterre, que cette altération de la bile est pour beaucoup dans les troubles de digestion dont certains individus sont atteints. L'odeur de la bile, qui varie, dit-on, dans plusieurs circonstances pathologiques, n'a point encore fourni de données utiles en diagnostic.

1836. L'analyse chimique de la bile en santé, n'est point assez avancée pour qu'on puisse encore tirer parti, comme du diagnostic, de celle que l'on en ferait à l'état pathologique. On sait, en effet, que les

recherches de MM. Thénard, Berzélius, etc., n'ont point donné, sur l'état physiologique de ce fluide, des résultats identiques. Des recherches intéressantes ont été faites sur les altérations de la bile, mais elles ne sont ni assez nombreuses, ni assez variées pour fournir quelques matériaux à la séméiologie. M. Orfila a trouvé dans la bile cystique de cadavres d'individus morts de fièvre bilieuse grave, plus de résine qu'à l'ordinaire. M. Thénard a reconnu que ce fluide contenait au contraire moins de résine sur les sujets dont le foie était gras. M. Chevalier a constaté la présence du picromel dans la bile d'une femme tuberculeuse et sur plusieurs malades atteints de syphilis. M. Chevreul a trouvé de la cholestérine, des acides margarique et oléique dans la bile de cadavres de malades morts par suite de diverses affections, et le docteur Cathrall a rencontré de l'acide hydrochlorique dans les matières vomies pendant la durée de fièvres rémittentes bilieuses, etc.; mais ces documens n'offrent point encore d'application diagnostique. Il est à désirer que l'on étudie chimiquement, et sur une large échelle, la bile vomie en santé et dans des maladies variées, ces recherches fourniront sans doute des résultats séméiotiques et thérapeutiques. Ce qu'il y a de bien certain, c'est que le fluide biliaire offre souvent des qualités très irritantes. Sans parler de ce fait de Morgagni qui vit la bile trouvée dans les intestins d'un peintre mort au milieu des plus terribles convulsions, faire périr de la même manière un coq qui en mangea. (Cet homme, comme le fait remarquer M. Roche, pouvait avoir été empoisonné), il faut avouer que la bile donne au goût de celui qui la vomit des sensations variées d'âcreté, d'acidité et de brûle-

ment. On voit même des gastralgies violentes céder d'une manière brusque à un vomissement de matières bilieuses qui à leur passage dans la gorge semblaient être corrosives.

1837. De l'examen des fécès et de la bile, rendus par le vomissement ou les selles, résultent les applications diagnostiques suivantes : 1° des selles fortement colorées en brun noirâtre ou verdâtre, lorsqu'on ne trouve, dans les alimens ou dans les substances ingérées, aucune cause qui puisse avoir déterminé cette teinte, annoncent en général que la sécrétion biliaire se fait avec énergie ; — 2° des évacuations alvines d'un blanc grisâtre, jaunâtres, indiquent le plus souvent que la sécrétion de la bile est peu active, ou que l'abord de ce liquide dans l'intestin, se fait avec difficulté, ou bien ne se fait pas. C'est ainsi que dans l'ictère, le plus ordinairement les selles présentent la décoloration dont il s'agit ; — 3° lorsque, dans la cholihémie (ictère), les selles ont été pendant quelque temps peu foncées en couleur, et que tout à coup survient une évacuation biliaire abondante par le vomissement ou les selles, il y a tout lieu de croire que la cause organique de la maladie est détruite et que la jaunisse va se dissiper ; — 4° tant que, dans la cholihémie, les selles restent décolorées, il faut, au contraire, peu compter sur la guérison de la maladie ; — 5° des vomissemens de matière bilieuse sont loin de prouver que, dans tous les cas, la sécrétion de la bile soit troublée ou exagérée ; il suffit, en effet, de quelques secousses du diaphragme pour vider la vésicule dans le duodénum, pour faire remonter la bile dans l'estomac et pour déterminer le phénomène dont il vient d'être question ; — 6° lors-

que la bile épaisse est rendue par le vomissement ou par les selles, elle a en général séjourné dans la vésicule biliaire ; alors, le plus souvent, ces évacuations sont rares, mais abondantes ;—7° lorsque la bile est peu foncée, peu consistante, peu amère, c'est que, ordinairement, cette bile vient d'être récemment formée et qu'elle n'a fait que traverser ses voies d'excrétion. Fréquemment ceci a lieu seulement lorsque les vomissemens sont très répétés ; — 8° lorsque des évacuations bilieuses multipliées se déclarent dans un court espace de temps, en général, le foie souffre d'une manière quelconque ; — 9° s'il arrive, après de telles évacuations répétées, que du sang noir soit rendu de la même manière, on peut supposer que ce dernier liquide vient du foie ou des conduits excréteurs de cette glande ; — 10° lorsqu'à la suite d'une douleur existant dans le lieu qu'occupe ordinairement la vésicule, il survient tout à coup une évacuation bilieuse abondante avec soulagement de cette douleur, il y a lieu de penser qu'il s'agissait d'une maladie de la vésicule ou des conduits biliaires, et que le retrécissement ou des corps étrangers ont cessé de mettre obstacle au passage de la bile ; — 11° Dans ce dernier cas, il faut rechercher s'il ne se trouve pas dans les matières évacuées un calcul biliaire ; si celui-ci y est observé, il ne reste plus de doutes sur le caractère de la maladie ; — 12° les évacuations bilieuses abondantes peuvent être tout aussi bien le résultat d'une souffrance primitive du duodénum que du foie lui-même, et de la même manière que l'écoulement de la salive dans la bouche résulte souvent de la stimulation de la membrane buccale ; ainsi la formation abondante de la bile par le foie et

son évacuation copieuse peuvent provenir de la souffrance du tube intestinal ; — 13° des évacuations bilieuses et même des altérations constatées dans le fluide biliaire, ne prouvent pas en général qu'il s'agisse d'une affection bilieuse, dans le sens où le comprenait Stoll. En effet, elles sont plutôt en rapport avec une hépatopathie ou une gastro-entéropathie qu'avec une maladie générale du sang préexistant à la lésion locale. Personne n'est plus disposé que nous à croire aux altérations primitives du sang ; mais il ne faut pas sortir des limites de l'observation rigoureuse ; et rien ne prouve encore que la cholihémie donne lieu par elle-même à la série de symptômes attribués aux maladies bilieuses ; — 14° souvent des vomissemens bilieux abondans apportent dans les maladies un changement avantageux, mais ce phénomène est loin d'tre constant ; — 15° des vomissemens bilieux se déclarent dans l'invasion de beaucoup de maladies telles que la variole, la gastrite, la néphrite, etc. Ils constituent, dans le choléra sporadique, le principal symptôme.

1838. Il est rare qu'on trouve l'occasion de constater, dans les selles, les calculs biliaires qui peuvent avoir été rendus pendant la vie, non pas qu'ils doivent y être extrêmement rares, mais parce qu'il est fort difficile de les y rencontrer. Il faut, en effet, se rappeler que beaucoup d'entre eux ressemblent aux matières fécales et qu'on ne pourrait guère les en distinguer. C'est lorsque le hasard les y fait découvrir, ou que des douleurs ont eu lieu dans le trajet des voies biliaires, ou encore que des phénomènes généraux de cholihémie sont survenus et ont conduit à examiner les selles, qu'il est arrivé de les y rencontrer. Le diagnostic de l'exis-

tence de ces calculs repose ici sur l'appréciation de leur apparence et de leur composition chimique. On sait combien la première varie ; que tantôt taillés à facettes, tantôt arrondis, d'autres fois inégaux, ils présentent des cristallisations plus ou moins brillantes, et quelquefois une disposition lamellée ; qu'ils offrent des colorations jaunâtres, brunâtres, verdâtres, rougeâtres, noirâtres, etc. Ils sont formés de bile épaissie et en général d'un principe gras cristallisable, désigné par M. Chevreul, sous le nom de cholestérine. Ceux qui sont constitués par ce dernier principe, ont principalement une apparence lamellée, striée, blanche ou jaunâtre. Du reste, la composition de ces calculs varie, et M. Orfila en a trouvé de formés, principalement par du mucus coloré en jaune. Ces calculs sont du reste légers, onctueux et inflammables. Ils répandent une odeur de cire ou aromatique, lorsqu'on les brûle; leur volume est en général peu considérable. On n'y trouve pas de noyau central. Ils sont ordinairement solubles dans les huiles et l'alcool. Ces circonstances sont propres à les distinguer des concrétions intestinales qui sont plus pesantes, moins onctueuses, moins inflammables, répandent une odeur fétide, ont plus de volume, contiennent un noyau central, et sont beaucoup moins solubles dans les mêmes menstrues. (Voyez, pour plus de détails, *les Traités d'Anatomie pathologique et de Chimie*).

1839. L'examen des liquides formés par des organes autres que le foie, conduit aux résultats suivans : L'urine présente souvent, dans les hépatopathies, une teinte fortement safranée, quelquefois portée jusqu'à une teinte orangée-noirâtre ; la

sueur quelquefois est jaune; les tissus avec lesquels elle est en contact, les mucosités bronchiques trouvées dans les poumons après la mort, ou expectorées pendant la vie, offrent aussi une coloration plus ou moins jaunâtre. La salive semble faire exception à cette règle, car, dans plusieurs observations de cholihémie, dans lesquelles nous avons recueilli des quantités de salive assez considérables pour qu'elle pût manifester sa couleur, ce liquide n'en présentait point de manifeste. Nous verrons bientôt, à l'occasion des signes physiologiques de l'hépatopathie, qu'elle doit être l'interprétation diagnostique de la teinte jaune des liquides.

1840. SIGNES PHYSIOLOGIQUES. Dans l'état normal, le foie ne donne lieu à aucune sensation; il n'en est plus ainsi dans les circonstances pathologiques. Pour qu'on puisse admettre, avec quelque certitude, qu'une douleur ait son point de départ dans le foie, il faut qu'elle corresponde à des points où se trouve cet organe, et parconséquent que la percussion ou la palpation ait démontré la présence de la glande hépatique sur la partie même où la souffrance est ressentie. Il faut que les autres organes qui correspondent aussi au point où la douleur existe ne donnent pas de signes de leur souffrance. Ainsi, lorsqu'on trouvera les signes plessimétriques et stéthoscopiques d'une hydro-pleurie, on se gardera bien d'attribuer à une hépatopathie le point douloureux qui est en rapport avec la pleurite. Ainsi, l'on ne prendra pas pour la conséquence d'une souffrance du foie, des douleurs diaphragmatiques survenues brusquement à la suite d'un effort, alternant avec des douleurs dans les muscles des membres et augmentant brusquement au moindre mouvement inspirateur, etc.

1841. Or, des douleurs, dont l'existence dans le foie a été constatée : d'une part, par la correspondance existante entre le siége de l'organe et le point où souffre le malade, et de l'autre, par l'absence de signes propres à d'autres affections, offrent des variétés très grandes depuis le plus léger degré jusqu'à l'intensité la plus vive. On admet surtout que certaines affections de la vésicule biliaire et de ses conduits, sont accompagnées de souffrances très vives, et on désigne celles-ci sous le nom de coliques hépatiques. On dit, en effet, avoir vu plusieurs fois de telles douleurs se manifester avec une intensité extrême et se dissiper subitement à la suite d'une évacuation bilieuse ou de l'excrétion de quelques calculs biliaires. Le plus souvent, la souffrance du foie ne se manifeste pas avec autant d'énergie. Son intensité, son caractère, répondent même à l'espèce d'hépatopathie. Dans l'hépatohémie, accompagnée d'un accroissement médiocre de volume, il y a un sentiment de gêne, d'embarras, de pesanteur dans l'hypochondre droit. Dans l'hépatite, on observe une douleur vive, accompagnée parfois de pulsations, surtout si la maladie se termine par la formation d'un abcès. Dans les cas chroniques, lorsque le foie est hypertrophié et qu'il s'étend largement à gauche, il y a un endolorissement général de l'épigastre : il semblerait qu'une barre se trouve sur ce point et gêne la respiration. Dans les affections cancéreuses du foie, tantôt, comme le dit M. Andral, il y a des douleurs très aiguës, lancinantes, excessives, et tantôt on n'observe que quelques souffrances vagues et très légères qui sont à peine rapportées au foie. A la Salpêtrière, où il est si commun de voir cet organe être le siége de productions

carcinomateuses, très nombreuses et très volumineuses, affectant la forme squirrheuse ou encéphaloïde, il est rare que les malades qui sont atteints de telles lésions, se soient baucoup plaints d'avoir ressenti de vives douleurs dans les parties affectées; mais il faut se rappeler que ces femmes sont en général très vieilles, et qu'à un âge avancé, les altérations organiques les plus profondes sont parfois à peine accompagnées de douleur. Je n'ai point observé que la forme encéphaloïde causât plus de souffrances que les dégénérescences squirreuse, mélanique ou autres; les tubercules du foie produisent rarement des douleurs.

1842. La rétention de la bile dans le conduit hépatique, ou dans ses diverses divisions, n'a pas non plus été douleureuse dans un grand nombre de faits où je l'ai observée. La cystiectasie biliaire est rarement aussi le siége de très vives douleurs. Dans plusieurs cas de cholihémie, où la vésicule était très distendue, à peine les malades se plaignaient-ils d'y éprouver une sensation pénible. Ceci ne détruit pas ce qui a été dit précédemment sur les coliques hépatiques, mais prouve au moins que celles-ci ne sont pas aussi constamment le symptôme d'obstacles au cours de la bile qu'on a bien voulu le dire. Les calculs biliaires, tant qu'ils sont contenus dans la vésicule du fiel, ne paraissent pas ordinairement la cause de souffrances. On en voit à la Salpêtrière sur un très grand nombre de cadavres, affectant les formes les plus variées, la surface la plus inégale, en nombre très considérable ou isolés, et aucune douleur pendant la vie n'avait été causée par leur présence. Il y a lieu de croire que dans les cas où ils sont engagés dans les conduits biliaires et où la bile s'accumule au-

dessus, ils causent des souffrances plus ou moins vives. On a dit, sans preuves à l'appui, que les douleurs produites par les calculs biliaires s'étendaient vers l'ombilic et l'appendice xiphoïde.

1843. La douleur du foie, quelqu'en soit le caractère, a parfois lieu dans toute l'étendue de l'organe, et c'est ce qu'on observe principalement dans la congestion, l'inflammation générale dont il est le siége. D'autres fois elle est circonscrite; c'est ce qu'on voit dans les cas d'abcès et de lésions organiques partielles. Il n'est pas de partie de la glande hépatique qui ne puisse devenir douloureuse. C'est principalement celle qui fait saillie à l'épigastre, au-dessous de l'appendice xiphoïde, qui parfois est le siége de souffrances vives. En arrive-t-il ainsi parce que cette portion du foie n'est pas protégée par les côtes?

1844. Les résultats de la pression sur les douleurs hépatiques sont le plus souvent de les exagérer, et c'est principalement à l'épigastre qu'il en arrive ainsi. Quelquefois les douleurs augmentent par l'exercice; la secousse de la voiture ou du cheval les exagère fréquemment. Elles sont profondes ou superficielles, continues ou intermittentes, etc.

1845. Des douleurs se manifestent dans d'autres parties, à l'occasion de la souffrance du foie. Il faut d'abord noter celle qui a lieu dans l'épaule droite, et qui a été considérée comme un signe très fréquent des maladies du foie. Les auteurs ne sont pas d'accord sur ce sujet : les uns ne l'ont pas observée, les autres comme M. Andral l'on rarement vue. Sur 38 cas d'hépatopathies variées que je prends dans mes notes, je trouve : une fois, une douleur existant dans l'épaule droite et se propageant au coude et au côté droit du thorax. (Il s'agissait d'une tumeur hépatique hydatifère qui touchait à la rate); une fois, un

point de côté à droite qui s'étendait jusqu'à l'épaule, (il y avait hépatite et obstacle au cours de la bile) ; une fois, une vive souffrance dans l'épaule droite (le malade était atteint d'une hépatite avec augmentation de volume). Enfin (dans une hépatite) la douleur de l'épaule existait une fois à un très léger degré. Les 34 autres malades n'avaient point présenté le symptôme dont il s'agit.

1846. Dans l'hyperhépatotrophie une douleur assez vive et consistant en un sentiment de pesanteur est quelquefois observée vers l'ombilic lorsque le malade est debout, et dans l'hypochondre gauche alors que le corps repose sur le côté gauche. Des douleurs vagues dans les côtés du thorax, à la tête, des fourmillemens et des douleurs dans le bras et la main gauches, ont été notés comme phénomènes symptomatiques de l'hépatopathie. Il est probable qu'il s'agissait ici de névralgies ou de toute autre maladie coïncidante. Un prurit incommode et général a quelquefois lieu à la peau dans la cholihémie (ictère). M. Andral l'a aussi observé dans quelques autres maladies du foie.

1847. La douleur dans le foie, d'après ce qui vient d'être dit précédemment, peut être un signe de congestion, d'inflammation, d'augmentation de volume, de lésions organiques de ce vicère; elle peut dépendre d'une gêne dans l'excrétion de la bile, être un symptôme de la compression produite par une tumeur et probablement aussi de névralgies des nerfs hépatiques, (cette dernière affection ne doit être admise qu'avec réserve) d'un autre côté, plusieurs hépatopathies fort graves ne sont pas douloureuses, bien que beaucoup d'entre elles aient été, dans le principe, accompagnées de souffrances qui, plus tard, se sont dissipées : il résulte de ceci que la valeur diagnostique

des douleurs du foie, considérée isolément, est dans beaucoup de cas assez faible, mais que ce symptôme acquiert beaucoup d'importance comme signe, lorsqu'il est réuni aux résultats de la percussion, de la palpation, etc. Les douleurs de divers organes peuvent facilement être confondues avec celles du foie.

1848. Quant aux douleurs développées dans d'autres parties à l'occasion de la souffrance du foie, elles ne sont rien moins que positives. Seulement elles peuvent conduire à faire soupçonner une hépatopathie, que d'autres signes font ultérieurement reconnaître.

1849. Les fonctions du foie peuvent se rapporter à deux chefs principaux : il joue dans l'hématose et la circulation un rôle important ; il forme la bile dont l'influence sur la digestion est si grande.

1850. A l'occasion des affections aiguës du foie la circulation est troublée, le pouls s'accélère, une fièvre vive se déclare, et lorsqu'il y a coexistence de polyhyperhémie le pouls est plein, fort et développé. Son influence sur la respiration est non moins grande, et par la douleur dont il est le siége, par le volume considérable qu'il présente, il gêne fréquemment l'abaissement du diaphragne et modifie ainsi les actes respirateurs. Toutes les fois donc qu'il y a fièvre, gêne à respirer, douleur profonde dans des parties correspondantes au foie, et augmentation du volume de celui-ci, et lorsqu'en même temps les signes physiques d'une pleuropneumonite manquent, croyez à l'existence d'une hépatite. A l'état chronique, le foie influe aussi sur la circulation et la respiration. C'est tantôt par les sucs altérés qu'il forme, tantôt par la respiration ou l'absence de son influence habituelle sur l'hématose qu'il produit cet effet. Cette dernière

n'est pas encore assez bien connue pour qu'on puisse en déduire des signes applicables aux états organiques du foie.

1851. L'augmentation dans le volume du foie a pour effet de refouler les poumons et même le cœur dans le thorax, et de gêner ainsi l'action de ces organes. De là, certaines variétés de l'asthme qu'il faut bien se donner garde de considérer comme essentiel. Des tumeurs développées dans le tissu hépatique ou touchant à la glande biliaire, des hypertrophies partielles de celles-ci peuvent être tellement disposées, qu'elles compriment l'aorte, la veine cave inférieure ou la veine porte. De là, une série de troubles circulatoires remarquables : dans le premier cas : battemens incommodes à l'épigastre, palpitations, hypercardiotrophie consécutive, dyspnée, etc. La veine cave est-elle comprimée ? gêne dans la circulation veineuse des membres inférieurs et de l'abdomen, varices, varicocèles, œdème des extrémités inférieures qui a lieu alors dès les premiers temps, comme dans les maladies du cœur; langueur des digestions, hémorrhoïdes, etc. — La veine porte est-elle seule resserrée ou oblitérée, soit hors du foie, soit dans ses rameaux hépatiques, transformés parfois en cordons fibreux ? épanchemens abdominaux *exclusivement* développés, hémorrhoïdes, rectohémie, rectorrhagie, gastrorrhagie et surtout hydropéritonie; langueur des digestions. Au début, absence d'œdème des extrémités inférieures (Andral), et cet œdème survient seulement lorsque l'épanchement abdominal rend difficile le retour du sang par la veine cave inférieure. Il est indispensable de lire sur l'influence qu'a l'appareil veineux abdominal sur l'ascite, l'excellent Mémoire qu'a publié M. Bouillaud.

1852. C'est une grande question que de savoir jusqu'à quel point la sécrétion de la bile peut être augmentée indépendamment de l'état organique du foie. Rien ne prouve encore pour nous, que la bile soit toute formée dans le sang avant d'arriver à l'organe. L'augmentation dans la quantité de ce fluide est donc pour nous l'indice d'une action plus grande du foie, et, par conséquent, d'une congestion ou d'une excitation de ce viscère. M. Roche a établi dans le *Dictionnaire de médecine pratique*, une discussion remarquable à ce sujet. On ne peut guère juger du reste de l'augmentation de la sécrétion biliaire que par les vomissemens ou les selles bilieuses qui surviennent, et nous en avons déjà parlé.

1853. L'absence de sécrétion biliaire peut être apparente ou réelle. Dans l'ictère ou cholihémie, elle n'est véritablement qu'apparente. *Tous les cas* de jaunisse que nous avons observés étaient remarquables par la coexistence d'affections du foie, des conduits biliaires ou des intestins, qui en rendaient raison. Dans l'ictère, la bile est formée; mais son excrétion ne se fait pas ou se fait incomplètement. Tantôt l'obstacle au cours de la bile a lieu dans le foie, et il y a rétention de la bile au-dessus du point malade : c'est ainsi que nous avons vu un seul lobe contenir de la bile accumulée et distendant les conduits, au-dessus d'une tumeur qui comprimait les branches principales qui s'y rendaient. C'était comme dans les expériences de M. Simon, de Metz, qui liant sur des pigeons quelques-unes des branches du conduit hépatique, déterminait des stases partielles de la bile et l'ictère. Dans ces cas, la jaunisse doit être moins intense et plus lente à se développer, que lorsqu'elle est due à une oblitération ou à un retrécissement des conduits cholédoque et hépatique.

1854. Loin que nous croyons que l'ictère soit le résultat, dans quelques cas, d'une influence directe du système nerveux sur le sang et sur la sécrétion, nous admettons qu'il annonce toujours qu'il a existé ou qu'il existe un obstacle à l'excrétion de la bile. Les faits anatomiques se réunissent pour le prouver. Cette vérité était connue d'Arétée. On peut voir dans Stoll et dans la *Clinique médicale* de M. Andral, plusieurs cas confirmatifs de cette opinion et d'autres dans lesquels on n'a pas trouvé de lésion organique; mais ceux-ci ne sont que des exceptions. Il nous paraît ici préférable de s'éclairer des faits connus qui rendent raison de la jaunisse par une lésion organique, de s'en servir par analogie, pour se rendre compte des faits inconnus, plutôt que d'élever des théories sur les ictères de cause morale et indépendans de lésion matérielle du foie ou des conduits d'excrétion. Nous avons établi ailleurs (*Traité de médecine pratique*, article *Cholihémie*) les faits et les raisonnemens sur lesquels nous nous appuyons pour émettre les propositions suivantes :

1855. La jaunisse est le résultat de la présence de la bile ou du moins du principe colorant de la bile dans le sang et dans les tissus. — C'est par suite de la résorption que l'abord de ces substances dans la circulation a lieu. — L'ictère léger, la teinte jaune peu foncée des sclérotiques peut être en rapport avec la stagnation des fécès fortement imprégnés de bile dans le tube digestif (celui-ci peut, sous ce rapport, être considéré comme une continuation des voies d'excrétion de la bile). Cette jaunisse cède très promptement à l'emploi des purgatifs. L'ictère est le plus souvent le signe d'un obstacle au cours de la bile dans les conduits qui s'étendent du duodénum au parenchyme du foie. — Tantôt c'est à l'orifice duo-

dénal du cholédoque, (duodénite, tumeurs cancéreuses, etc.) ; tantôt c'est dans les canaux cholédoque et hépatique, qu'il en arrive ainsi (calculs biliaires ; inflammations, adhérences de ces conduits.) Dans ces cas, l'ictère est général, rapide et très intense ; d'autres fois il peut dépendre d'une affection du conduit cystique, mais alors il est momentané et ne peut durer qu'autant qu'il y a de la bile dans la vésicule. — Ailleurs, il peut être en rapport avec une altération organique du foie, existant sur quelques-unes des divisions du conduit hépatique. — Enfin, des lésions même de la substance du foie, pourraient produire l'ictère, s'il arrivait que la portion du parenchyme hépatique en rapport avec l'excrétion fut altérée, oblitérée, tandis qu'il y aurait encore conservation de la partie chargée de la sécrétion ; la résorption se ferait alors dans le parenchyme même. C'est de cette sorte que s'expliquent quelques jaunisses observées dans certaines hépatopathies, où il y avait congestion sanguine et teinte rouge jaunâtre, ou bien encore coloration très jaune du tissu du foie.

1856. Du reste, le degré et la persistance de la jaunisse, sont les seuls documens *tirés de la présence de l'ictère* qui puissent faire soupçonner la nature de la lésion qui produit la cholihémie, et c'est aux autres signes à fournir ici des lumières plus positives et propres à constater les lésions organiques qui causent l'ictère.

1857. L'ictère n'est certainement pas un signe d'hépatite. On le voit se manifester le plus ordinairement, lorsque le foie n'est ni hypertrophié, ni douloureux, et dans trente cas d'hépatites bien manifestes que nous prenons dans nos notes, la cholihémie n'a eu lieu que quatre fois. Ainsi, le

foie peut être très enflammé, très congestionné, sans qu'il y ait ictère, et ce n'est pas par une suite directe du travail inflammatoire que la jaunisse survient. Seulement, comme l'inflammation peut être suivie d'accroissement partiel de volume, comme des abcès peuvent se former, des adhérences ou des oblitérations s'établir dans les vaisseaux chargés de l'excrétion, et cela, soit dans le foie, soit hors de cet organe, il en résulte que l'ictère se développe parfois dans l'hépatite, sans en être un signe positif. Il y a lieu de croire que la cholédocite (inflammation du conduit cholédoque) aurait très souvent l'ictère pour symptôme. En somme, la cholihémie prouve l'existence d'un obstacle au cours de la bile, et elle ne démontre pas celle d'une hépatite, d'une cholédocite ou d'une duodénite.

1858. La teinte jaune de la peau, observée dans d'autres maladies que celles du foie, peut bien se manifester indépendamment de la résorption de la bile; mais il nous semble qu'alors la sclérotique n'offre pas de teinte safranée. On a dit que la peau présentait quelquefois une coloration jaunâtre à la suite ou au pourtour d'une ecchymose, et qu'il pourrait bien en arriver ainsi par suite d'un état particulier du sang. Cela est possible, mais n'est pas prouvé. On ne voit cette coloration jaune qu'à la suite d'hémorrhagies, et elle semblerait exiger le dépôt préalable du sang dans les tissus, ce qu'on n'observe pas. La teinte jaune des tégumens est dans la très grande majorité des cas en rapport avec la résorption de la bile. On l'observe dans une foule de maladies : dans l'entérite simple, ou typhohémique; dans la péritonite, dans la pneumonite. Il faut bien distinguer ici la couleur jaune-

paille de la peau survenant au troisième degré de l'inflammation des poumons, de la véritable jaunisse; car la première n'est pas due, à coup sûr, à la résorption de la bile, mais bien à celle des sucs absorbés dans les organes respiratoires malades, sucs reportés ensuite dans le sang. La teinte jaune-pâle de la peau des chlorotiques ne doit pas non plus être prise pour l'ictère : dans ce cas, c'est la décoloration simple des tégumens; c'est l'absence d'un sang rouge dans les vaisseaux qui produit cette apparence, et non pas la présence d'un principe colorant jaune. Les sclérotiques sont alors bleuâtres et non pas jaunes; l'urine, la sueur, etc., ne sont pas colorées.

1859. Or, la teinte jaune véritable, se manifestant dans certaines maladies, ne prouve pas positivement qu'il s'agisse d'une affection bilieuse, comme l'entendait Stoll; rien ne démontre que la présence dans le sang du principe colorant jaune de la bile, puisse occasionner la fièvre. On ne voit, par exemple, survenir celle-ci, dans l'ictère, que comme coïncidence, et non pas comme effet. Seulement, quand il y aura dans une pleurite, une pneumonite, surtout à droite; dans une péritonite, une gastrite, etc., teinte jaune des tégumens plus ou moins foncée, il sera à peu près certain qu'il y aura coexistence d'une affection des voies biliaires dont le degré sera en rapport avec celui de la cholihémie. Certes, la cause organique de celle-ci ne se découvrira pas toujours; mais c'est que le foie est difficilement accessible à nos moyens d'investigation.

1860. La décoloration des fécès, leur teinte grise, etc., indiquent, comme nous l'avons établi précédemment, que la bile n'arrive pas aux in-

testins, aussi est-elle souvent l'un des symptômes de la cholihémie. S'il arrivait qu'en même temps que les évacuations auraient ces teintes, l'ictère ne se déclarât pas, on serait conduit à croire que la bile ne se formerait pas. Ceci deviendrait plus certain si l'analyse chimique ne trouvait pas dans les fécès les élémens constituans de la bile. Resterait à la percussion, à la palpation, etc., à déterminer les altérations de volume que le foie presenterait et qui alors pourraient se rallier à cette suspension de sécrétion. Dans l'état actuel de la science, il serait difficile de donner des signes positifs des altérations variées que la bile peut offrir. On est réduit ici à l'inspection des matières vomies et évacuées par les intestins, et l'on conçoit combien cet examen est insuffisant.

1861. Les affections du foie agissent sur le tube digestif de plusieurs manières : d'abord par les modifications que la glande biliaire peut présenter dans son volume, et c'est à la pression que ce viscère exerce sur l'estomac et sur le tube intestinal, qu'il faut rapporter la douleur dont nous avons précédemment parlé, et qui augmente par le déplacement.—Il est des déformations pathologiques du foie qui présentent une telle forme qu'elles viennent à comprimer le pylore, et à gêner ainsi la sortie des alimens. Aussi, lorsque le foie, très volumineux, pèse sur l'estomac, peuvent survenir des douleurs épigastriques, des nausées et des vomissemens. —D'autres fois, les sucs que le foie élabore, augmentés dans leur quantité, ou altérés dans leur qualité, parviennent dans le duodénum, l'estomac, ou les intestins grêles, et deviennent ainsi une source d'irritation plus ou moins vive. A coup sûr, la bile, abondamment con-

tenue dans l'estomac ou altérée, modifie ce viscère et l'irrite. Ce fluide agit tellement dans le même sens sur les intestins, qu'il n'est pas de physiologiste qui n'attribue à quelques-uns de ses principes la propriété de stimuler l'intestin et de favoriser ainsi les excrétions alvines. Or, ce qu'on admet, alors même que la bile n'est pas altérée, il faut bien le croire aussi pour les cas où elle est modifiée par la maladie; aussi voit-on les vomissemens et les évacuations alvines surtout, se répéter un grand nombre de fois et coup sur coup, lorqu'à la suite d'obstacles au cours de la bile et de distension de la vésicule, ces obstacles sont détruits, et que le fluide arrive en abondance dans l'intestin. Des faits du même genre se manifestent dans certaines choli-entérorrhées (diarrhées bilieuses) qui se manifestent dans l'hépatite ou dans d'autres hépatopathies.

1862. Mais il y a ici un cercle de causes et d'effets, et bien qu'il soit vrai de dire que les maladies du foie et les altérations de la bile peuvent occasionner des gastro-entérites, il n'est pas moins certain non plus que des inflammations gastro-intestinales se communiquent fréquemment au foie. C'est ainsi que les phlegmasies du duodénum s'étendent aux conduits d'excrétion de la bile et de là au parenchyme hépatique (Casimir Broussais), et causent ainsi la rétention de la bile et la cholihémie. Ce phénomène est le résultat des mêmes lois que celles qui réunissent dans un accord synergique de fonctions la membrane muqueuse buccale et les glandes salivaires; la conjonctive et la glande lacrymale; lois en vertu desquelles la stimulation d'une membrane muqueuse est ressentie par les glandes chargées d'y verser des produits sé-

crétés. — Remarquez que le tube digestif agit aussi sur le foie d'une manière mécanique, puisqu'il le refoul fréquemment de bas en haut. — Ajoutez encore à ceci que par des communications nerveuses ou vasculaires, ou par la propagation d'une maladie cancéreuse du foie à l'estomac et au duodénum, ou de ces viscères à la glande biliaire, il y a souvent influence de la souffrance de l'organe hépatique sur les voies digestives et réciproquement.

1863. Ce qui est vrai des maladies irritatives, l'est également des affections où il semble que l'action vitale soit moins énergique; c'est ainsi que l'inertie des intestins, leur défaut de stimulation seront loin de déterminer la formaiton d'autant de bile, et d'une bile aussi excitante que le pourraient faire des intestins irrités, et que, par contre, une bile albumineuse, dépourvue de principe amer, de résine, etc., sollicitera beaucoup moins que toute autre les contractions intestinales.

1864. Il résulte de tout ceci que dans les symptômes donnés par le tube digestif, il est souvent fort difficile de dire quels sont ceux qui indiquent une maladie primitive du foie, et ceux qui dépendent d'une lésion préalable des voies digestives. Dans des cas pareils, la marche de la maladie éclairera souvent le praticien, et il sera important de rechercher quels sont, des phénomènes gastro-intestinaux ou hépatiques, ceux qui se seront montrés les premiers. On trouvera le plus souvent, avec M. Broussais, et contradictoirement à l'opinion de la plupart des médecins anglais, que les premières causes de maladies auront agi sur le tube digestif, et qu'aussi les premiers symptômes devront lui être rapportés. Une indigestion

ou des alimens excitans, auront, par exemple, le plus ordinairement porté leur action sur les voies alimentaires, des douleurs abdominales auront eu lieu, et ce sera plus tard seulement que l'hépatite se sera déclarée.

1865. Toutefois, il faut le dire, on voit quelquefois survenir la série de phénomènes suivans : Symptômes d'hépatohémie, suites d'une polyhyperhémie ou d'une maladie du cœur, ou encore d'hépatite causée elle-même par une violence extérieure; plus tard, troubles dans les digestions, et phénomènes de gastro-entérite.

1866. Ainsi, il y a du vrai dans les deux opinions précédentes, et cela dans des proportions qu'il est fort difficile de déterminer. Reste à particulariser les faits et à dire dans l'espèce qui se présentera : c'est le foie ou c'est le tube digestif qui a commencé à être malade. Or, ce sera, comme nous l'avons dit, la marche de la maladie et l'examen attentif des états organo-pathologiques existans qui pourront seuls éclairer la question.

1867. Quoiqu'il en soit de la solution de celle-ci, voici des faits que la clinique consacre journellement : dans l'hépatohémie, souvent l'appétit se perd. — Dans l'hépatite, on observe fréquemment la coexistence de la gastro-entérite. — Un grand nombre d'hépatopathies sont accompagnées de vomissemens. — Dans l'ictère, les digestions languissent, mais s'exécutent quelquefois mieux qu'on ne pourrait le croire, et cela arrive même lorsque les obstacles au cours de la bile paraissent être presque complets.—Lorsque le fluide biliaire est abondamment versé dans le duodénum, il y a des vomissemens et des évacuations bilieuses fréquentes. — S'il arrive que la bile soit dépourvue

de ses principes amers et actifs, la rareté des selles est souvent observée. — Les maladies cancéreuses du pylore et du foie existent très souvent simultanément. — Les diverses hépatopathies dans lesquelles la circulation est gênée dans le foie, sont parfois suivies d'hémorrhoïdes (1785).— Les selles abondantes et aqueuses, ont très ordinairement pour résultat un décroissement dans le volume du foie.— Lorsque existaient des symptômes d'ictère, des selles abondantes et bilieuses, qui surviennent tout à coup, causent souvent une diminution prompte dans l'hyperhépatotrophie.—Dans les gastroentéropathies aiguës, on voit quelquefois des vomissemens et des évacuations bilieuses abondantes déterminer une remarquable amélioration dans les symptômes que le tube digestif présentait, etc.

1868. Parmi les affections aiguës du foie, il n'y a guère que l'hépatite qui, parfois, soit suivie d'accidens cérébraux, et encore cela n'arrive-t-il que dans les cas où elle est très intense et par la médiation de la circulation et de la respiration. Alors même, ce sont les altérations dans le sang, dans l'action du cœur et dans l'hématose, déterminées par l'hépatite, qui causent la somnolence, le délire, etc., et ce n'est pas à une influence directe du foie malade sur l'encéphale, que ces phénomèues sont dus. On ne voit pas que la résorption de la bile, dans la cholihémie, cause le moindre accident cérébral, et si, dans les fièvres dites bilieuses, on voit survenir *des symptômes nerveux*, ce ne sont là que des coïncidences, des complications, et nullement un effet de la présence de la bile dans le sang.

1869. Dans les coups portés sur la tête, dans les chûtes faites sur cette partie, d'un lieu élevé, on

voit souvent survenir des phénomènes d'hépatite et des abcès au foie. — Ceci est *un fait incontestable, et il ne faut pas que le praticien l'oublie toutes les fois qu'appelé pour un individu qui a reçu quelque violence extérieure sur l'encéphale, il voit celui-ci se plaindre d'éprouver la moindre douleur dans la région du foie.* L'explication de ce même fait n'est pas facile à donner, mais l'opinion de M. Richerand, fondée sur des expériences, que ce n'est pas à une relation sympathique, mais bien à une lésion simultanée du foie et du cerveau que cette coexistence de lésion doit être rapportée, nous paraît le plus probable. Encore une fois, on ne voit aucun rapport direct de souffrances entre l'encéphale et le foie. Les idées récentes de Dance sur la phlébite et sur la résorption du pus, ne rendent pas raison, suivant nous, de la coexistence de l'encéphalite traumatique et de la pyohépatite (hépatite avec suppuration). Dans des cas, en effet, où le pus ne pouvait être encore formé dans le cerveau, et où rien n'y indiquait sa présence, on a observé des abcès dans le foie, et l'on se demanderait toujours pourquoi, dans ces observations, la phlébite aurait été de préférence se porter dans les veines hépatiques qui dépendent du système vasculaire sus-diaphragmatique, et non pas dans celles du poumon qui, situées au-dessus du diaphragme, ont beaucoup plus de connexions avec les vaisseaux du cerveau.

1870. Les maladies du foie ont quelques symptômes en rapport avec les organes des sens : telles sont l'amertume de la bouche, qui paraît être bien plutôt en rapport avec la présence de la bile dans l'estomac et avec la régurgitation de celle-ci, qu'avec la cholihémie, suite des affections hépatiques. Dans l'ictère en effet, le goût n'est pas amer. Tel est encore ce

sentiment de démangeaison qu'on a souvent observé à la peau dans la jaunisse. On a regardé certaines taches de rousseurs que présentent les tégumens (taches hépatiques), comme en rapport avec une souffrance du foie, rien ne démontre la vérité de cette assertion. Lorsque la cholihémie survient d'une manière très prompte et très intense, il arrive que dans les premiers temps les malades voient jaune. Du reste, ce fait est rare, et des praticiens du premier ordre ne l'ont jamais observé. On sait qu'une teinte jaune de la sclérotique est souvent l'un des premiers symptômes des obstacles au cours de la bile et des hépatopathies dont il sont le résultat.

1871. Dans les maladies du foie, la position du corps des malades donne lieu à certains symptômes dont il est possible de tirer quelques signes. C'est ainsi que dans l'hépatohémie, que dans l'hyperhépatotrophie, la station, l'attitude assise sont souvent pénibles, parce qu'elles causent des tiraillemens douloureux au diaphragme et une sensation de pesanteur sur les viscères abdominaux. Si ces affections occupent, comme cela est le plus ordinaire, le lobe droit du foie, le coucher sur le côté gauche est ordinairement difficile à supporter. Il en arrive ainsi à droite, quand c'est le lobe gauche (circonstance plus rare) qui a augmenté de volume. Lorsque l'organe hépatique est partout augmenté de poids et de dimension, le coucher a en général lieu sur le dos. Dans l'hépatopathie, il arrive souvent que l'exercice, en général, et notamment que celui du cheval ou de la voiture est pénible, et cause des douleurs dans la région occupée par le foie ou encore au-dessus et au-dessous de cette région.

## DIAGNOSTIC

### SPÉCIAL ET COMPARATIF DES ÉTATS ORGANO-PATHOLOGIQUES DU FOIE.

1872. 1. *Hépatopathie* (souffrance du foie considérée en général).

1873. 2° *Hépatohémie*, (congestion sanguine du foie), augmentation dans le volume du foie reconnaissable, dans certains cas, à l'aide de la palpation et le plus ordinairement de la percussion; en général, l'accroissement de l'organe a lieu dans tous ses diamètres : en hauteur, en largeur, en épaisseur. Celle-ci se reconnaît principalement par la matité et par la résistance ressenties au doigt qui percute. C'est le plus souvent sur tous les points de l'étendue de la glande hépatique et d'une manière uniforme, que l'augmentation de volume a lieu. Le foie présente alors de 5 1/2 à 8 pouces de haut en bas et en hauteur, sous l'aisselle; de 4 pouces 1/2 à 7 pouces sous le mamelon; de 3 à 6 pouces à l'épigastre et il s'étend largement à gauche de la ligne médiane. Dans beaucoup de cas il touche à la rate. L'accroissement du foie congestionné peut du reste infiniment varier, et suivant ses degrés, il peut mériter la dénomination d'hyperhépatohémie ou simplement d'hépatohémie.—En général, la forme de la glande biliaire, tant qu'il n'y a que congestion sanguine, n'est pas altérée. Le dessin que l'on en trace en limitant sa circonférence correspond exactement à ce que l'anatomie apprend sur la configuration de ce viscère. Il peut se faire que les divers lobes et notamment que le droit soient partiellement hyperhémiés, et partant augmentés de volume. Ceci est beaucoup moins fré-

quent et ne se rencontre guère qu'à la suite de maladies plus graves du foie, telle que l'hépatite, des calculs qui gênent le cours de la bile, des tumeurs qui mettent partiellement obstacle à la circulation hépatique.—L'influence des saignées générales sur le volume du foie dans l'hépatohémie est très prononcée. Presque immédiatement après l'évacuation du sang il y a une diminution du foie par en haut, par en bas, et notamment sur le côté gauche. Il arrive même que cette diminution est proportionnée à la quantité de liquide extrait. Ainsi, la phlébotomie est un moyen précieux de diagnostic dans l'hépatohémie, comme aussi elle en est le principal moyen de traitement. Rarement y a-t-il dans l'hépatohémie d'autre douleur que de la gêne, de l'embarras, et la sensation d'une barre transversale vers les hypochondres, et principalement à droite et dans l'épigastre. Parfois existe aussi un sentiment de tiraillement vers le diaphragme, et de pesanteur sur le tube digestif, lorsque le corps du malade est dans la station; et vers le côté gauche, quand son corps repose sur cette partie.—A ces caractères locaux se joignent le plus souvent un plus ou moins grand nombre de symptômes suivans : circonstances commémoratives ou actuelles de polyhyperhémie, de constitution pléthorique, d'omission de saignée, de suppression d'hémorrhagies habituelles : telles que la menstruation ou le flux hémorrhoïdal; nourriture succulente non compensée par des évacuations journalières.—Gêne dans la circulation à travers le cœur, produite par : la polyhyperhémie, les retrécissemens des orifices, la faiblesse des contractions cardiaques, ou toute autre cause. — Passage difficile du sang à travers le poumon, causé par la bronchorrhée spumeuse (1132), occasionnant elle-même l'anhéma-

tosie, ou déterminé par d'autres anhématosies, par la pneumohémie, par la pneumonite, etc. — Gêne, troubles de la respiration et de la circulation; en général, le pouls est plein, fort et développé, rarement fréquent. — L'appétit est nul, on voit survenir la plupart des symptômes de la polyhyperhémie (843), qui prennent beaucoup plus d'intensité, lorsque le foie a prêté autant que possible à la congestion dont il est atteint; tendance marquée aux hémorrhoïdes sur l'homme, et à la métrorrhagie sur la femme, etc.

1874. *Hépatite* (inflammation du foie). La plupart des caractères précédens sont applicables à l'hépatite; mais celle-ci, surtout à l'état aigu (hyperhépatite), a de plus des symptômes qui lui sont propres. Rarement occupe-t-elle toute l'étendue du foie. — L'accroissement de volume qu'elle présente n'est pas, en général, égal sur les divers points du foie; de-là des variations dans la forme de cet organe. Les dimensions de celui-ci peuvent être aussi grandes ou plus grandes même que dans l'hyperhépatohémie, mais on n'observe pas toujours cette proportion décroissante de volume à partir du côté droit jusques vers l'épigastre qu'on trouve dans celle-ci. — En général, les points enflammés de l'organe sont ceux où l'on observe un accroissement de volume qni en altère la forme. Les saignées font bien diminuer les dimensions du foie, mais ce n'est peut-être pas d'une manière aussi prompte que dans l'hépatohémie. — La douleur est en général plus ou moins vive; elle consiste dans des battemens, des élancemens et dans une grande sensibilité à la pression. Ce dernier caractère est surtout prononcé à l'épigastre et sur les points où les côtes ne recouvrent pas le foie. La douleur correspond

d'ordinaire aux points où l'hypertrophie est la plus prononcée. —S'il se manifeste des abcès profonds, il est fort difficile de les découvrir par des signes physiques. S'ils sont superficiels ou s'ils deviennent tels après avoir été profondément placés, on les trouve, soit à la face inférieure du foie, soit sur l'hypochondre, soit même aux lombes, et ils ont pour caractères la tumeur et la fluctuation centrale, entourée d'une circonférence engorgée. —Si on les ouvre, ou si le pus sort spontanément, ce liquide a quelquefois, mais non pas toujours à beaucoup près, la couleur lie de vin qu'on lui attribue.— Quelquefois les abcès s'ouvrent dans les intestins, les voies aériennes, etc., et ils sont alors suivis de l'évacuation du pus par ces parties. On les a vus se faire jour dans le péritoine et occasionner ainsi une péritonite mortelle. Dans un cas que j'ai observé, un abcès du foie, ouvert dans la veine cave inférieure, causa une mort prompte. — La pyohépatite (hépatite avec suppuration), alors qu'elle est profonde, n'a quelquefois pour caractère que des petits frissons semblables à ceux qui surviennent dans la phlébite et qui paraissent tenir à une même cause : l'altération du sang. Les douleurs, dans l'hépatite, semblent parfois s'étendre vers l'épaule et le bras droits. — A l'inflammation du foie, se joignent le plus souvent les symptômes de l'hémite (853) dont l'intensité varie en raison du degré de la phlegmasie viscérale, et aussi des prédispositions du sujet. — L'hépatite simple n'est suivie de cholihémie (ictère) qu'autant qu'il y a quelque coïncidence d'obstacle au cours de la bile, obstacle déterminé soit par l'altération dans la forme du foie, qu'aurait causée l'inflammation, soit par quelque complica-

tion de calculs biliaires ou de tumeurs. — Les digestions sont encore plus troublées dans l'hépatite que dans l'hépatohémie ; il y a souvent des vomissemens bilieux qui persistent ; une gêne dans la respiration et dans la circulation, causée soit par suite de la douleur, soit par suite aussi de l'augmentation dans le volume du foie qui met obstacle à l'abaissement du diaphragme. — Joignez à ces symptômes les circonstances commémoratives de violences extérieures portées sur le côté, de chûtes d'un lieu élevé ou sur la tête (dernier accident, souvent suivi d'abcès latens du foie), et vous aurez les principaux caractères de l'hépatite à l'état aigu.

1875. *La chrono-hépatite*, ou *hépatite chronique*, présente la plupart des caractères de l'hépatite aiguë ; mais à un moindre degré, et avec une tendance marquée à persister. Presque toujours il y a dans ce cas quelques altérations organiques profondes, telles que des tumeurs cancéreuses, tuberculeuses, des altérations de texture dans les granulations sécrétoires, ou encore des calculs biliaires qui entretiennent la maladie. Aussi, observe-t-on souvent à sa suite des phénomènes généraux en rapport avec des altérations du sang (cholihémie, pyohémie, hémopathie cancéreuse, tuberculeuse). Il est rare qu'il ne se manifeste pas aussi : de la diarrhée en rapport avec la souffrance des intestins ou de l'estomac, secondaire elle-même à l'hépatopathie ; des selles de bile altérée et une émaciation, résultat du trouble que les digestions éprouvent et des pertes de liquides qui ont lieu.

1876. *Hépatorrhagie*, ou hémo-hépatorrhagie (hémorrhagie du foie, apoplexie hépatique). Celle-

ci, dont on lit plusieurs observations remarquables dans la clinique de M. Andral, ne peut guère être reconnue pendant la vie. Cependant, s'il survenait brusquement une énorme augmentation dans le volume du foie; si, sur les points occupés par cet organe, une fluctuation profonde avait lieu en même temps; si des symptômes d'hémorrhagie interne et de polyanhémie se déclaraient, et surtout si, à la suite de signes d'hyperhépatohémie, survenait brusquement une gastro-entérorrhagie avec diminution dans les accidens existans du côté du foie, on pourrait soupçonner l'existence de l'hépatorrhagie.

1877. *Cholihépatorrhée* (écoulement de bile du foie). On ne peut donner ce nom qu'à l'évacuation beaucoup plus abondante qu'à l'ordinaire du fluide secrété par le foie.

1878. *Hyperhépatotrophie* (augmentation de volume du foie). Ses symptômes et ses signes ont été indiqués à l'occasion de l'hyperhépatohémie. Remarquons seulement qu'il est des cas où le foie offre une dimension de beaucoup supérieure à celle qui a été indiquée. Je l'ai trouvé par la percussion, et plus tard par l'autopsie cadavérique, correspondant médiatement (le poumon étant interposé), ou immédiatement aux parois dans une hauteur de douze à quinze pouces. Presque toujours, alors, il s'élevait très haut dans le thorax et à quelques pouces seulement de la clavicule. Le poumon était refoulé en haut et en arrière. Dans l'hépatotrophie qui n'est pas due à une congestion, l'organe ne diminue pas ou diminue peu sous l'influence des saignées. Le lendemain de l'évacuation sanguine la plus abondante, il est presque aussi gros que la veille. — Très souvent, il y a ici des

altérations de forme et des inégalités de volume entre les diverses parties du foie. C'est tantôt le lobe gauche, tantôt le droit, qui sont hypertrophiés. L'accroissement dans les dimensions de la glande hépatique dépend souvent de plusieurs altérations organiques. Parmi celles-ci, il faut surtout noter les productions cancéreuses, ou les tubercules qui s'y développent. Il est fort difficile d'établir le diagnostic de ces deux altérations du foie. Toutefois, on peut soupçonner que l'hyperhépatotrophie est de nature cancéreuse : lorsque cet état organo-pathologique existant depuis long-temps, se manifeste après la quarantième ou la quarante-cinquième année; lorsque d'autres affections cancéreuses ont précédé; lorsqu'il y a des douleurs lancinantes (ce qui s'observe moins souvent qu'on ne l'a dit); lorsque la main sent à la surface du foie des bosselures et des inégalités; lorsqu'il y a coexistence des symptômes de gastropathie ou d'entéropathie cancéreuses, tels que des vomissemens, des selles de matières noires, des tumeurs, etc.; lorsqu'on trouve cet état particulier d'anhémie auquel on a donné le nom de cachexie cancéreuse. Les tubercules, dans le foie hypertrophié, seront soupçonnés : quand l'âge du sujet sera de quinze à trente-cinq ou quarante ans; lorsqu'il y aura des signes de pneumopathie tuberculeuse et de pyohémie chronique comme il en survient chez les phthisiques; lorsque des abcès froids surviendront dans le foie, etc.

1879. *Hépatalgie* (douleur névralgique du foie). Elle est fort peu connue. La plupart des douleurs hépatiques sont le résultat d'altérations dans le tissu de cet organe, et non pas de lésions inappréciables dans ses nerfs. On peut tout au plus soup-

çonner que les plexus qui se distribuent à la glande biliaire sont atteints de névralgies : 1° lorsque la douleur dans le foie est périodique ; 2° lorsqu'elle succède à des névralgies observées ailleurs, ou lorsqu'elle co-existe avec elles; 3° lorsqu'elle ne reconnaît aucune lésion appréciable dans la forme, dans le volume, dans les fonctions du foie; 4° lorsqu'on s'est bien assuré que les organes voisins de la glande biliaire, tels que la plèvre, le péritoine, le diaphragme, les muscles des parois, l'estomac, etc., ne sont pas eux-mêmes le siége de la souffrance observée. Même malgré tous ces caractères, il est arrivé de trouver à la nécroscopie des lésions organiques qui avaient, pendant la vie, causé la douleur. Fréquemment la percussion médiate a permis de constater une hyperhépatotrophie due à la congestion, dans des cas où l'on aurait été porté à croire qu'il s'agissait de douleurs névralgiques. Cela a eu fréquemment lieu sur les femmes à l'approche de leurs règles. Il faut cependant noter ici que souvent l'on voit survenir sur les personnes atteintes de métralgie des douleurs dans l'hypochondre droit, qui semblent être en rapport avec la souffrance utérine. Les coliques hépatiques ne sont pas, à coup sûr, une souffrance nerveuse prise dans le sens d'absence de lésions organiques, car elles paraissent le plus souvent dépendre d'affections matérielles variées des voies biliaires, du foie, etc.

1880. *Hépatopathie cancéreuse, ou hépatosarcomie ; hépatopathie tuberculeuse, ou hépatostrumosie.* Voyez l'article *hyperhépatotrophie* (n° 1878).

1881. *Cholicystite, cystite biliaire.* (Inflammation de la vésicule biliaire). Elle est fort peu connue, et aurait pour symptômes : une douleur plus ou moins

vive existant sur le lieu où l'anatomie, la percussion et la palpation démontreraient la présence de la vésicule du fiel (806, 1824). On ne voit pas que dans les cas où les conduits seraient exempts de lésion, il dût y avoir cholihémie; car rien n'empêcherait alors le liquide sécrété par le foie de parvenir dans l'intestin. Du reste, la cholicystite primitive doit être fort rare, et elle est presque toujours consécutive aux affections des conduits cholédoque, hépatique, ou à la présence de calculs dans sa cavité ou dans celle des conduits excréteurs de la bile. Elle peut être la suite de coups, de chûtes, de blessures. Il est probable que les coliques, dites hépatiques ont souvent leur siége dans la vésicule biliaire. Des abcès peuvent suivre l'inflammation de celle-ci; des symptômes d'hépatopathie, de gastropathie, des troubles dans la circulation, doivent fréquemment accompagner la cholicystite.

1882. *La cholédocite* (inflammation du conduit cholédoque) peut être soupçonnée lorsqu'à la suite des symptômes d'une duodénite, surviennent l'ictère (868), des accidens d'hépatopathie (1872), et la dilatation de la vésicule du fiel qui peut elle-même s'enflammer consécutivement (1881) et donner lieu aux symptômes indiqués dans le paragraphe précédent.

1883. *Cholicystiectasie* (distension de la vésicule du fiel). Les caractères de cette tumeur ont été indiqués au n° 1824.

1884. *Cholédociarctie* (rétrécissement, oblitération du conduit cholédoque). Elle a pour caractères : les circonstances commémoratives d'une duodénite (1740), ou d'une cholédocite (1882), qui manquent s'il s'agit d'une oblitération causée par des calculs ; la coexistence, dans certains cas de tu-

meurs carcinomateuses ou autres, développées sur son trajet; l'ictère, qui est alors très rebelle et ne cède que rarement aux moyens employés pour le combattre; une tumeur formée par la vésicule du fiel (1884), tumeur qui n'existerait pas si l'oblitération avait son siége dans le conduit hépatique; l'hyperhépatotrophie (1878), suivie elle-même, pour peu que la maladie dure, des symptômes de l'hépatite (1874). Si quelques branches du conduit hépatique sont seules oblitérées, il y a ictère et hypertrophie partielle de quelques-unes des parties du foie, décoloration des fécès, lenteur, difficulté dans les digestions. L'évacuation de quelques calculs, et celle d'une grande quantité de bile en peu de temps, sont les signes qui indiquent que les conduits excréteurs du foie ivrent de nouveau passage au fluide qui, normalement, doit les traverser.

1885. *Calculs biliaires*. Leur signe physique, positif, est fourni par la palpation qui trouve sur le lieu occupé par la vésicule, la sensation de corps solides, arrondis ou inégaux, glissant les uns sur les autres, ou présentant des aspérités, des angles saillans et un volume variable, mais jamais très considérable. Il faudrait qu'il s'en trouvât un très grand nombre et qu'ils fussent très volumineux, ou encore qu'il y eût une complication de cholicystiectasie (1884), pour que l'on trouvât de la matité sur le lieu qui leur correspondrait. Je ne crois pas qu'on puisse reconnaître l'existence, par la palpation, de calculs dans les conduits cholédoque et hépatique. Les signes physiques des calculs de la vésicule sont eux-mêmes très difficiles à distinguer, et ce n'est que sur des sujets dont les parois abominales sont très minces et très molles qu'il est possible de les reconnaître. Les symptômes qu'ils

causent, tels que la cholihémie (868), la colicystiectasie (1884), la cholicystite (1881), la décoloration, l'hyperhépatotrophie (1878), la décoloration grisâtre des fécès, sont, dans le plus grand nombre des cas, les symptômes qui les font soupçonner. Si des abcès surviennent à la vésicule, et s'il arrive que celle-ci s'ouvre à l'extérieur, les calculs peuvent se présenter à l'ouverture fistuleuse. (Voyez *le Mémoire de **Petit***, précédemment cité).

### §. 2. *Exploration de la rate.*

1886. L'examen de la rate est, dans la question relative au siége et à la nature des fièvres intermittentes, d'une extrême importance. Lorsqu'il s'agit de déterminer si un homme qui tousse est atteint d'une affection du larynx, des bronches ou du poumon, le premier soin de tout médecin instruit est d'interroger, par les moyens physiques de diagnostic, les organes respiratoires. Or, puisque tous les praticiens conviennent au moins qu'on trouve quelquefois des engorgemens de la rate dans les fièvres d'accès, n'est-il pas raisonnable de rechercher : si le développement de l'organe splénique est fréquent ou même constant dans ces maladies ? s'il l'est aussi dans d'autres affections ? s'il s'accroit en général pendant les accès ? si des lésions de la rate précèdent, accompagnent ou suivent les fièvres intermittentes ? si l'on peut, avant même que l'époque ordinaire des accès soit survenue, diminuer l'hypersplénotrophie ? s'il est possible de pronostiquer, par l'appréciation de cette diminution, que l'accès manquera ? si la fièvre est bien guérie, alors que les accès étant sup-

primés, la rate reste encore volumineuse? si l'on doit continuer l'emploi des fébrifuges et notamment du sulfate de quinine, tant que l'organe splénique est volumineux, etc., etc.? Or, toutes ces questions de haute pratique, et une foule d'autres, relatives à l'hydro-péritonie, à l'entérite typhohémique, etc., ne peuvent être résolues que par l'examen physique de la rate, et l'on ne conçoit pas comment il se fait que beaucoup d'hommes, d'ailleurs amis du progrès, mentionnent à peine, dans leurs observations de fièvre intermittentes, l'état matériel de la rate. Serait-ce qu'ils ne savent pas le reconnaître? serait-ce parce qu'ils n'ont pas le temps de le faire? est-ce par un esprit de contradiction qu'ils ne s'en occuperaient pas? regarderaient-ils cet examen comme d'une minime importance? En vérité, si l'on se laissait aller aux pensées que les attaques publiques des uns contre des faits incontestables, et l'oubli volontaire des autres inspirent, on userait de représailles; on s'engagerait dans une polémique amère, et il serait facile aussi de prêter à sa plume les couleurs mordantes du ridicule, ou le fiel de la méchanceté; mais ce n'est pas là faire de la médecine! et nous laissons à d'autres le triste plaisir qu'ils éprouvent à être méchans, injustes et passionnés dans leurs opinions préconçues. Ayons recours à l'observation; c'est la route que nous nous sommes tracée et dont nous ne sortirons pas.

1887. L'inspection de la région occupée par la rate, ne donne des résultats significatifs, relativement au volume de cet organe, qu'autant qu'il est extrêmement volumineux. Dans quelques observations où il avait près d'un pied verticalement, et où il s'étendait beaucoup en largeur et en épaisseur, on trouvait bien une saillie remarqua-

ble de l'hypochondre et du flanc gauche ; mais dans d'autres, où la rate avait sept ou huit pouces de haut en bas et des proportions considérables aussi dans les autres sens, on ne trouvait pas que l'un des côtés du tronc fut, plus que l'autre, volumineux à la vue. Dans les cas extrêmes, les parois thoraciques s'écartaient largement par en bas ; à gauche, et au-dessous d'elles, l'abdomen était plus arrondi et plus bombé que de l'autre côté.

1888. Si des tumeurs partielles, des abcès venaient à se former dans la rate et à soulever les parois ; si des ouvertures fistuleuses établissaient une communication entre la surface du corps et des cavités accidentelles développées dans la rate, il serait encore possible de tirer alors quelque parti de l'inspection.

1889. La Mensuration des hypochondres donne aussi, dans les cas où la rate est augmentée de volume, des résultats appréciables. Pour la pratiquer, il faut faire une marque noire en avant sur la ligne médiane et un peu au-dessus de la hauteur de l'ombilic, et en tracer une autre en arrière, à la même hauteur, sur les saillies formées par les apophyses épineuses des vertèbres ; puis, après avoir découvert la poitrine et l'abdomen, mesurer avec soin, des deux côtés, l'étendue de la circonférence des parois qui se trouve entre ces deux marques. C'est en s'y prenant de cette sorte que, dans quelques faits où la rate était énorme, nous avons trouvé une augmentation de quelques pouces du côté malade. Il est du reste évident que de telles mesures ne peuvent, guère, faire reconnaître s'il s'agit d'une affection splénique ou d'une tumeur, soit du rein, soit d'autres viscères abdominaux.

1890. La Palpation de la rate exige beaucoup de soin. Pour la pratiquer, la position du malade

doit être celle qui a été indiquée précédemment (1791). C'est surtout ici que les muscles abdominaux doivent être mis dans le plus grand relâchement possible. Les mains de l'explorateur sont placées à plat sur les parois thoraciques, on les glisse sur la peau jusqu'au rebord costal, et on s'assure bien en même temps du nombre des côtes qui passent sous les doigts et du point où se trouvent les deux derniers de ces os. C'est une chose très utile que de bien s'assurer de la place où se rencontre le bord inférieur de la cavité thoracique; car il se pourrait faire, et j'en ai vu des exemples, que des personnes inattentives prissent pour le limbe de la rate, les côtes mobiles qui, à gauche, terminent la poitrine.

1891. Lorsque les mains sont parvenues à ce point des parois où il n'y a plus que des parties molles, on exécute une pression plus ou moins forte; on cherche à apprécier l'élasticité ou la résistance des parties sous-jacentes, et on prend tout le soin possible pour ne pas confondre les fibres des muscles abdominaux contractés avec le rebord splénique. Pour cela, on engage le malade à exécuter quelques légers mouvemens, et si les points que l'on prenait pour la rate agissent et se durcissent, évidemment ce sont alors les muscles qui se trouvent sous les doigts. On exerce alors des mouvemens d'allée et de venue comme on l'avait fait pour la palpation du foie (1792), on presse d'avantage pour palper plus profondément l'abdomen; on cherche à remonter sous le rebord splénique, et s'il arrive qu'on rencontre la rate sur quelques-uns de ces points, on en suit l'étendue et la surface jusqu'à son rebord soit en avant, soit en bas, soit en arrière lorsque la chose est possi-

ble. Arrivé au point où la rate cesse de correspondre, on cherche de nouveau à apprécier le degré d'élasticité ou de résistance des parois abdominales, et cela pour s'assurer encore d'avantage du lieu où la rate cesse de correspondre.

1892. On peut aussi faire reposer le corps du malade sur les genoux et les coudes et palper la rate dans cette attitude où les muscles abdominaux sont mis dans le relâchement. C'est la position que M. Cruveilhier a proposée pour explorer le rein. Il m'est arrivé dans quelques cas de saisir ainsi le limbe splénique auquel je n'avais pu toucher dans toute autre attitude du corps. Quelquefois encore en faisant reposer sur le côté droit la personne q'uon examine, et en portant fortement dans la flexion les cuisses sur le bassin, on glisse plus facilement la main au-dessous du rebord costal, et l'on juge mieux des résultats que la palpation donne dans les maladies de la rate.

1893. Quelque soit le procédé employé pour pratiquer la palpation de la rate, ce mode d'exploration, lorsqu'il conduit à des résultats, permet de constater quelle est la saillie du limbe splénique au-dessous du rebord costal ou un peu au-dessous des côtes. Dans les cas extrêmes et lorsque l'organe dépasse de beaucoup le rebord thoracique, il est possible d'apprécier, par ce procédé, la disposition de la surface splénique en rapport avec les parois abdominales. Par la résistance que la main éprouve en palpant, on parvient même à juger si l'organe présente de l'épaisseur et de la dureté. Par les bosselures, par les inégalités que l'on rencontre, on est porté à penser qu'il s'agit de lésions plus graves qu'une simple augmentation de volume, comme aussi par le toucher égal et poli de cette même sur-

face, on est conduit à admettre que l'organe est seulement atteint d'hypertrophie sans autre lésion organique. Il est même possible, sur quelques sujets dont les muscles abdominaux sont très mous, et dont les parois du ventre sont chargées de très peu de graisse, de glisser les doigts sous l'organe splénique, et d'apprécier, jusqu'à un certain point, l'épaisseur qu'il offre vers sa circonférence. Ici, comme dans tous les cas de tumeur abdominale, il est encore utile de porter une main en arrière du tronc et une autre en avant, pour juger de la distance qui les sépare, et partant, de l'épaisseur du ventre et des parties engorgées.

1894. Quelque soit du reste le procédé que l'on emploie, le palper de la rate est plus souvent insuffisant pour apprécier le volume de cet organe, et sur un nombre d'hypersplénotrophies, qui ne s'élève pas à moins de 500, et dans lesquelles les observations ont été prises avec le plus grand soin, il ne nous est pas arrivé 1 fois sur 5, que l'organe splénique ait dépassé le rebord costal d'une manière appréciable. Il faut se rappeler, en effet: que sur une infinité de sujets, les parois thoraciques descendent très bas et jusque vers la crête iliaque; que, sur beaucoup d'autres, la voûte que présente le diaphragme est très profond e et s'élève très haut dans le thorax; que fréquemment la rate hypertrophiée est cachée sous les côtes. Toutes les fois que ces dispositions anatomiques existent, il est impossible, par la palpation, de mesurer la rate; delà le peu de succès qu'ont eu les opinions de M. Audouard sur le siége des fièvres intermittentes attribué par lui à la rate; delà, le peu de publicité des faits si remarquables de M. Bally, relatifs à l'influence qu'il reconnut être exercée sur l'hy-

persplénotrophie par le sulfate de quinine à haute dose. Il n'y avait que dans les cas extrêmes où il était possible de constater les succès surprenans qu'il obtenait, et encore la palpation donne des résultats si douteux et parfois si contestables, que l'on était quelquefois porté à émettre des doutes sur l'efficacité qu'avait le sel de quinquina dans l'hypersplénotrophie.

1895. Dans les cas même où la palpation parvient à saisir le bord inférieur de la rate et une partie de sa surface, elle ne peut en rien reconnaître le degré auquel la maladie est portée. Pour mesurer un corps solide, en effet, il faut pouvoir déterminer les divers points de sa circonférence. Or, comme il est impossible, pour la rate, d'avoir, par la palpation, des notions sur toutes les parties de l'organe situées sous les côtes, il en résulte que par ce procédé d'exploration, toute exactitude dans la mensuration est impossible. Sur certains sujets, par exemple, l'organe splenique fait une saillie très considérable au-dessous du rebord costal, et est cependant médiocrement volumineux; cela vient de ce que la rate s'élève fort peu vers le thorax; d'autres fois, elle dépasse à peine le limbe thoracique, et elle a jusqu'à six pouces et demi de hauteur, mais alors elle est refoulée très haut derrière les côtes, et ce sont là les cas qui méritent le plus l'attention du praticien, parce qu'alors il y a presque toujours des accidens plus ou moins marqués vers les poumons ou le cœur.

1896. La Percussion directe ne donne sur la rate que des documens très insuffisans, parce que les sons qu'elle fournit ne sont pas assez prononcés pour qu'il soit possible de s'en servir pour limiter la rate; aussi ne la voit-on mentionnée ni dans les

ouvrages de Corvisart, ni dans ceux de Laennec. Ce n'est que postérieurement à mes travaux sur ce sujet, que M. Andral publia, dans son excellent livre que l'on pouvait avoir des notions sur l'état de la rate et du foie par la percussion, et il ne donne pas d'observations à l'appui de cette proposition. Les applications pratiques de ce procédé d'exploration à l'état de la rate étaient si peu connues en 1828, que M. Magendie me dit alors que ce serait rendre à la science un grand service que de trouver un moyen d'apprécier le volume de l'organe splénique.

1897. LA PERCUSSION MÉDIATE est, sous le rapport de l'exploration de la rate, infiniment plus utile que celle d'Avenbrugger. Pour la pratiquer, c'est à coup sûr du plessimètre et non du doigt qu'il faut ici se servir. Des expériences multipliées ne peuvent pas laisser d'incertitude sur ce sujet. On peut sans doute reconnaître, en percutant avec la médiation de la main gauche, les portions de la rate qui touchent aux parois, mais il est fort difficile d'apprécier, par ce procédé, la présence de celles qui sont situées dans la poitrine au-dessous d'une lame épaisse de poumon, ou encore de celles qui débordent les côtes. C'est surtout dans ce dernier sens que le doigt (qu'il faut presque toujours appuyer trop fort pour obtenir du son) ne donne pas les résultats que l'on recherche, et ne permet pas d'assigner exactement les limites inférieures de la rate. Je n'insisterais pas sur ces choses incontestables, si je ne voyais pas chaque jour à combien de conclusions fausses conduisent les opinions qui leur sont opposées. Des médecins fort instruits, d'ailleurs, ont *absolument voulu* que le doigt puisse remplacer le plessimètre. Pour prouver leur

proposition, ils se sont donné infiniment plus de peine qu'il n'en aurait fallu, pour apprendre à percuter sur la plaque d'ivoire ; et malgré tous leurs efforts, comme le procédé qu'ils emploient est mauvais, ils ne sont arrivés qu'à des résultats des plus insuffisans. Ils en sont encore à ne pas croire, que l'on puisse mesurer des organes solides *au-dessous du poumon ;* que la portion de rate, *recouverte* par les organes pulmonaires puisse être distinguée et mesurée. De-là, appréciation exclusive de l'organe splénique qui touche aux parois; de-là, croyance que la rate n'est pas hypertrophiée dans des cas où son volume est augmenté ; de-là, incompétence complète dans la grande question du siége des fièvres intermittentes ; car si les matériaux sont mal recueillis, les inductions qu'on en tirera seront fort peu fondées; de-là, une injustice involontaire, sans doute, mais cependant pénible, pour les travaux d'autrui; de-là, défaut d'appréciation de l'influence du sulfate de quinine sur le volume de la rate ; de-là, des attaques publiques contre des opinions appuyées sur des faits très nombreux, et des suppositions fort peu charitables sur la manière de faire des autres médecins. Ici, dit-on, on fait voir aux élèves ce qu'on veut leur faire voir, et non pas ce qui est ; là, ajoute-t-on, on produit à volonté le son mat ou le son clair, pour mieux étayer ses opinions ; on aime mieux prêter ainsi une sorte de talent pour forcer à admettre le faux, que de concéder un peu d'habitude aux hommes qui se sont occupés depuis dix ans, et avec un soin extrême, des résultats de la percussion. Ignore-t-on qu'il y a partout des gens peu bienveillans qui écoutent et qui s'empressent de redire ce qu'ils ont entendu ? Veut-on

faire de l'exercice de notre profession une sorte de combat à outrance où la passion et non la froide observation fournit les armes ? Si l'on veut poursuivre cette triste carrière, cette polémique de personnes, qu'on s'y engage seul. Pour nous, encore une fois, il n'est qu'une route qui nous paraisse bonne à parcourir : c'est celle de l'étude attentive des faits.

1898. Le procédé à suivre pour percuter convenablement la rate, a été exposé ailleurs (*procédé opérat.*, n° 286). Il ressemble beaucoup, à gauche, à celui qui a été recommandé à droite pour le foie. Insistons seulement ici sur les précautions suivantes qu'il est indispensable de prendre : Il faut, lorsqu'on veut reconnaître l'état de la rate, 1° commencer par explorer le poumon gauche très haut sous l'aisselle et descendre suivant une ligne parallèle à l'axe du tronc, en percutant assez fortement jusqu'à ce qu'on trouve profondément la matité de l'organe splénique; 2° arriver ensuite à déterminer le point où cet organe touche directement aux parois abdominales; 3° apprécier, par des tentatives de percussion, quelle est l'épaisseur approximative de la lame de poumon interposée; 4° déterminer, d'une manière fixe et positive, les points où l'organe correspond en haut, en les indiquant avec le nitrate d'argent; 5° bien isoler le cœur en avant, en haut et à droite de la rate qui est située plus en avant, plus en bas et plus en arrière que lui; 6° percuter ensuite l'organe splénique jusqu'en bas, et descendre jusqu'à ce que les sons tympaniques des viscères abdominaux deviennent bien manifestes; 7° circonscrire tout alentour les points de la circonférence de la rate.

1899. Il est non moins utile de se rappeler : qu'en arrière, il est le plus souvent impossible de

limiter la rate; que des alimens ou des liquides contenus dans l'estomac, que des matières renfermées dans les gros intestins pourraient faire commettre des erreurs; qu'il faut en conséquence avoir soin, alors que l'on veut percuter la rate, que ces viscères soient vides; qu'il est indispensable de s'enquérir si ce qu'on prend pour une affection de l'organe splénique n'est pas une tumeur du rein, de l'abdomen (1), ou encore, n'est pas une pleurite ou une affection du poumon (1402, 1281).

1900. Recommandons encore de tracer avec le nitrate d'argent, en bas et en avant, comme on l'avait fait par en haut, la limitation du rebord splénique. N'oublions pas aussi : 1° de dire qu'il faut percuter avec un certain degré de force et de faiblesse alternatifs, et cela pour juger approximativement de l'épaisseur de la rate ; 2° qu'on doit se défier du son mat que peuvent donner les côtes gauches ; 3° que lorsque les parois abdominales sont trop écartées du centre du corps, il est utile de les faire affaisser par les mains d'un aide qui presse sur elles ; 4° qu'il est non moins avantageux de faire refouler vers les parois costales à gauche par les mains d'un autre aide, placées sur le côté droit de l'abdomen, les viscères abdominaux et la rate ; 5° qu'avec ces précautions, il est plus facile d'apprécier la présence et le volume de celle-ci ; 6° que s'il est arrivé qu'on ait fait un jour des marques noires autour de la rate qui en aient déterminé la circonférence, il faut bien, pour ne pas être exposé à commettre des erreurs, placer le lendemain, le malade dans la même attitude qu'il avait

(1) Nous reviendrons sur ce sujet à l'occasion du diagnostic spécial et comparatif des états organo-pathologiques de la rate, et de celui des tumeurs abdominales et des maladies des reins.

la veille, et éviter de tirer d'avantage la peau un jour que l'autre, etc.

1901. Avec ces précautions, et en suivant la méthode indiquée dans le procédé opératoire, on ne commettra pas d'erreurs sur la percussion de la rate, et on obtiendra les résultats suivans : « La percussion médiate fait reconnaître, dans le plus grand nombre des cas, la situation, la forme, le volume de la rate ».

1902. « C'est spécialement en arrière et un peu à gauche qu'il faut chercher l'organe spléninique ; il fournit, quand il n'est pas trop épais, un son dont la matité est un peu moins grande que celle à laquelle le foie donne lieu. Autour de l'espace où ce son est obtenu, se font entendre: en haut, et souvent en dedans, le bruit propre au poumon; en bas et en dehors, et à des degrés variés, la résonnance stomacale ou intestinale. Lorsque la rate est très développée de haut en bas, il est difficile de la distinguer du rein. S'il arrive qu'elle soit déplacée, on trouvera un son clair sur la région splénique, tandis que la palpation et la percussion médiate pourront faire reconnaître la rate sur d'autres points de l'abdomen ».

1903. « La forme de l'espace dans lequel le son mat est obtenu, correspond en général à la configuration de la rate ».

1904. « Le volume de cet organe peut être apprécié dans un grand nombre de cas à l'aide de la percussion médiate. Si l'on ne rencontre pas le son mat qui correspond à la rate il faut que les dimensions de celle-ci soient très petites. Si l'estomac étant vide, on trouve, dans le lieu qu'elle occupe ordinairement, une matité très grande dans une large étendue, elle sera volumineuse. Toutefois,

une production accidentelle, dont le tissu serait dense, une tumeur du rein, pourraient facilement être prises pour la rate. »

1905. « Il sera souvent possible de connaître au juste les dimensions de l'organe splénique, soit en longueur, soit en largeur. Ce sera dans les cas où les limites du son mat, auquel il donne lieu, seront nettement circonscrites ». Les mesures que j'ai données dans le *Traité de la percussion médiate* et qui avaient été recueillies sur un certain nombre de faits, me paraissent, depuis que j'ai mensuré un si grand nombre de fois la rate, un peu trop considérable. Je lui avais trouvé dans les circonstances physiologiques quatre pouces de haut en bas. Dans l'état *parfaitemeut* sain elle n'a guère, dans le sens vertical, que trois pouces et demi à trois pouces neuf lignes. Si on lui a trouvé en longueur quatre pouces sur le cadavre, c'est qu'il s'agissait de rates légèrement augmentées de volume par les maladies ou par suite des phénomènes de l'agonie. La largeur de cet organe est en général de trois pouces, et il est éloigné de plusieurs pouces de la ligne médiane. Il n'arrive presque jamais en santé, jusqu'au niveau de la partie antérieure du rebord costal gauche.

1906. L'appréciation du volume de la rate dans diverses affections nous a donné des résultats remarquables. Comme la mesure en hauteur est celle qu'on peut le mieux constater, et qu'en général, l'accroissement en largeur et en épaisseur correspond à l'hypertrophie dans le sens vertical, nous ne donnerons les mesures prises dans quelques unes de nos observations, que dans cette dernière direction, c'est-à-dire de haut en bas.

1907. Dans 15 cas de pneumonites, la rate pré-

sentait en hauteur, les dimensions suivantes : 3 fois 5 pouces 1/2 (et dans ces trois cas il y eut des frissons et des sueurs périodiques, c'est-à-dire fièvre intermittente coexistante avec la maladie du poumon); 1 fois 5 pouces; 1 fois 4 pouces 1/2; 2 fois 4 pouces; 6 fois 3 pouces 1/2; 1 fois 3 pouces; 1 fois 2 pouces 1/2, *ce qui donne une moyenne assez forte d'un peu plus de 4 pouces*, et cette étendue plus considérable de la moyenne est due *à* 3 *cas où l'organe offrait* 5 *pouces* 1/2 *et où il y avait fièvre intermittente.* Les extrêmes ont été de 5 pouces 1/2 pour le maximum et de 2 pouces 1/2 pour le minimum.

1908. Dans 38 cas de pneumopathie tuberculeuse la rate a présenté : 1 fois 6 pouces 1/2; 3 fois 5 pouces; 3 fois 4 pouces 1/2; 5 fois 4 pouces; 4 fois 3 pouces 1/2; 20 fois 3 pouces; 2 fois 2 pouces 1/2. Ce qui donne *une moyenne de* 3 *pouces* 6 *lignes* 1/3. Les extrêmes étant, dans un seul cas, de 6 pouces 1/2, (cas où l'on ne sait pas s'il a existé des fièvres d'accès) pour le maximum, et de 2 pouces 1/2 pour le minimum.

1909. Dans 33 cas de gastrites ou d'entérites, la rate a présenté dans ses dimensions verticales : 1 fois 6 pouces 1/2; 3 fois 6 pouces; 3 fois 5 pouces 1/2; 5 fois 5 pouces; 6 fois 4 pouces 1/2; 6 fois 4 pouces; 6 fois 3 pouces 1/2; 3 fois 3 pouces. *La moyenne* a été ici *de* 4 *pouces* 5 *lignes* 1/2. Le maximum de 6 pouces 1/2 et le minimum de 3 pouces. Or, il faut remarquer que dans les cas précédens, lorsque la rate a présenté ici une dimension de plus de 4 pouces, il y a eu des frissons et des sueurs périodiques, enfin une fièvre intermittente; que la maladie de l'intestin était, il est vrai, l'état organo-pathologique principal; mais qu'il y avait, à côté de celui-ci, une série de symptômes en rapport, suivant

nous, avec l'hypertrophie coïncidante de la rate, et cela est si vrai que, dans plusieurs de ces cas l'administration du sulfate de quinine fit dissiper l'hypertrophie splénique, la fièvre d'accès, et eut l'influence la plus heureuse sur l'affection intestinale.

1910. Dans 25 cas d'hépatites et d'hyperhépatotrophies où les dimensions de la rate ont été notées, on trouve à cet organe 1 fois 6 pouces 1/2; 3 fois 5 pouces; 1 fois 4 pouces 1/2; 3 fois 4 pouces; 16 fois 3 pouces 1/2; 1 fois 3 pouces. Ce qui fait *une moyenne de* 3 *pouces* 8 *lignes* 1/2, moyenne qu'il faudrait abaisser si l'on en ôtait le cas exceptionnel où la rate offrait une dimension de 6 pouces 1/2, et où il n'est pas dit s'il existait ou non des frissons fébriles, ou s'il y avait eu autrefois des fièvres intermittentes.

1911. Dans 130 cas de fièvres d'accès de divers types, on a trouvé à la rate : 1 fois 10 pouces; 5 fois 9 pouces; 4 fois 8 pouces; 2 fois 7 pouces 1/2; 17 fois 7 pouces; 6 fois 6 pouces 1/2; 36 fois 6 pouces; 5 fois 5 pouces 1/2; 36 fois 5 pouces; 10 fois 4 pouces 1/2; 7 fois 4 pouces; 1 seule fois 3 pouces 1/2. Ici la *moyenne est de* 5 *pouces* 10 *lignes*, le maximum de 10 pouces et le minimum pour un seul cas de 3 pouces 1/2, et ce cas exceptionnel était marqué par de la douleur existant sur le lieu qu'occupait la rate. Dans la très grande majorité des observations de fièvre intermittente qui viennent d'être relevées, le développement en largeur et celui en épaisseur ne le cédaient en rien à l'hypertrophie en hauteur.

1912. Les applications pratiques de ces résultats sont nombreuses ; mais avant de les indiquer,

il est bon de rappeler encore quelques-unes des propositions du traité de la percussion.

1913. « Si le foie est hypertrophié en longueur, il y aura des cas dans lesquels on ne pourra le distinguer de l'organe splénique. Cette distinction sera facilement établie toutes les fois qu'une anse d'intestin ou qu'une portion de l'estomac pleine de gaz, seront situées entre ces viscères.

1914. « Un épanchement pleurétique considérable, l'engouement du poumon porté très loin, rendraient difficile la limitation supérieure de la rate; cependant, malgré ces circonstances défavorables, cette mensuration peut encore être quelquefois obtenue. Il faudra, pour apprécier le volume de l'organe splénique, faire coucher le malade sur le ventre, tandis qu'au contraire, si cette complication n'existe pas, il vaut mieux suivre les procédés indiqués précédemment. »

1915. « Des considérations du même genre sont applicables à l'hydropéritonie ( ascite ); il faut alors, pour bien limiter la rate, faire coucher le malade snr le côté opposé au viscère. »

1916. « Avant de se prononcer sur le siége précis de la rate, il est indispensable de bien reconnaître le rein, car sans cela on s'expose à prendre la glande urinaire pour le corps splénique. Il faut aussi se rappeler que la rate, parce qu'elle est plus mince, doit fournir un son moins mat que le rein. »

1917. Arrivons aux applications pratiques : Les lésions de la rate étaient presque oubliées en pathologie, et tandis qu'on étudiait avec un soin extrême les phlegmasies de presque tous les organes, on faisait à peine mention de la splénite, ou bien ses caractères étaient tracés d'une manière fort incomplète. La plupart des auteurs, et notamment mes-

sieurs Audouard, Bally et Gendrin, avaient bien noté que son développement, dans les fièvres intermittentes, était fréquent; mais faute de moyens de mensuration exacte, il était impossible de déterminer, par des observations rigoureuses, que dans les fièvres d'accès, la rate est presque constamment hypertrophiée, ou du moins hyperhémiée.

1918. Or, la percussion médiate a démontré pour moi ce fait dans plus de cinq cents observations, dont deux cents au moins ont été prises avec les détails et les précautions convenables. On a vu que dans les cent-trente cas précédens, qui ont été pris au hasard parmi les autres, la moyenne du volume de cet organe, dans les fièvres intermittentes, a dépassé de deux pouces à deux pouces et demi l'état normal, et que dans les autres maladies, où la rate a été mesurée, il n'y avait hypersplénotrophie que dans les cas où existaient des symptômes plus ou moins marqués de périodicité fébrile. Je n'ai point vu de faits exceptionnels, où une fièvre d'accès bien franche, bien légitime, avec des intermittences marquées, ait échappé à la règle générale de l'hypertrophie ou de la douleur co-existante de la rate. Déjà j'avais indiqué quelques résultats du même genre, mais avec de bien plus faibles proportions, dans le *Procédé opératoire* (n° 291), dans la *Clinique médicale* (pages 72, 367). Le *Bulletin clinique* contient un grand nombre d'observations publiées en même temps qu'elles étaient recueillies (n^os 21, 55, 85, 86, 87, 101, 117, 147, 188, etc.), et ces observations sont venues corroborer les faits précédens. Des renseignemens pris des médecins ayant exercé à Alger et dans d'autres pays où les fièvres d'accès sont communes, ont été d'accord avec les miennes;

et les relevés dont il vient d'être fait mention ne m'ont pas laissé de doutes sur ce sujet. Ainsi, la plessimétrie est, dans les fièvres intermittentes, d'une grande utilité pour apprécier le volume de la rate.

1919. Parmi les faits que j'ai publiés, il en est peu qui aient soulevé tant d'oppositions, je dirais même de petites passions, que ceux qui sont relatifs à l'état de la rate dans les fièvres intermittentes; je devais m'y attendre. — C'était blesser les opinions des uns qui voyoient une gastro-entérite dans les fièvres d'accès; celles des autres qui n'y trouvaient qu'une souffrance de l'appareil cérébro-spinal (que j'admets cependant comme eux, mais qui me paraît être secondaire à la splénopathie). — J'adoptais une manière de voir qui avait été fort mal reçue, lorsque M. Audouard la publia. — J'accusais la légèreté et la négligence de ceux qui percutent mal les organes et qui veulent absolument se servir du doigt qui donne des résultats infidèles, et non du plessimètre qui en fournit de positifs. — Mais il y a long-temps que je me suis mis au-dessus des petits ennuis que m'ont causé les tracasseries, je dirai même l'injustice de quelques hommes; je n'en ai pas moins poursuivi mes recherches. Des élèves nombreux ont été témoins des résultats positifs que j'ai obtenus, et il faut opposer à mes travaux une masse de faits, et non des observations isolées, et où l'on ait souvent mal percuté, pour ébranler les inductions tirées de faits très nombreux recueillis avec un soin extrême. Ainsi, pour moi, la question est résolue, et c'est la plessimétrie qui l'a jugée : dans l'immense majorité des fièvres intermittentes de divers types, la rate est hypertrophiée.

1920. La percussion médiate sert fréquemment

à constater que la forme de la rate est modifiée. C'est ainsi que, dans certains cas, le développement, de haut en bas, est proportionnément beaucoup plus considérable que celui qui a lieu dans une direction transversale ; c'est ainsi que le contraire est parfois observé, et que l'épaisseur de cet organe est loin de toujours répondre aux autres dimensions que la rate présente. La plessimétrie fait voir que, dans beaucoup de cas où il y a des accès fébriles, la rate est douloureuse : la douleur, dans ces circonstances, correspond, en effet, précisément au point où la percussion reconnaît la présence de l'organe splénique. Tantôt, alors, la rate est grosse en même temps que douloureuse; d'autres fois, elle n'est que douloureuse. — Il y eut un fait dans lequel on remédia par le sulfate de quinine, au grand volume de la rate qui continua à rester le siége de douleurs névralgiques. — Dans d'autres cas, la percussion démontre l'existence de douleurs dans la rate, et l'ensemble des symptômes annonce que l'utérus, et surtout l'ovaire gauche sont malades : nous reviendrons bientôt sur ce sujet.

1921. Les caractères de la splénite, donnés par les auteurs, sont fort peu positifs : on indique tout au plus une douleur ayant son siége dans l'hypochondre gauche et quelques symptômes généraux comme signes de l'existence de cette affection. Il ne pouvait guère en être autrement ; car les fonctions de la rate sont peu connues et on n'avait pas de moyens de déterminer au juste quels étaient les points de l'abdomen qui correspondaient à ce viscère. La plessimétrie, en assignant le siége précis de l'organe splénique, démontra que, dans certains cas, une série de symptômes

franchement inflammatoires : douleur, accroissement de volume, chaleur, etc., correspondent au lieu occupé par la rate. (V. les signes physiologiques).

1922. La plessimétrie a permis de constater, 1° que non seulement dans les cas semblables à ceux observés par M. Bally (cas où la rate était énorme), mais aussi dans ceux où son volume est médiocre, l'administration du sulfate de quinine à haute dose, est suivie d'une remarquable diminution dans le volume de cet organe ; 2° que cette diminution, qui varie de quelques lignes à près d'un pouce, a lieu après l'emploi du sel de quinquina ; 3° qu'il y a une sorte de proportion entre la quantité du médicament administré et la diminution observée dans la rate ; 4° que ce phénomène remarquable, et à coup sûr l'un des plus curieux de la thérapeutique, a lieu fréquemment dans la demi-heure qui suit l'emploi du sulfate de quinine. (V. les observations du *Bulletin clinique* citées précédemment). Ce fait curieux a lui-même conduit à rechercher si ce médicament n'était pas évacué avec l'urine peu de temps après son administration, et on a constaté que très promptement, après l'emploi du sulfate de quinine, l'urine devenait amère. On est même parvenu à reconnaître chimiquement, dans ce liquide, ce même médicament dont le malade avait fait usage.

1923. La mensuration plessimétrique de la rate a permis de constater un fait d'une haute importance: c'est que dans les fièvres tierces, et surtout dans les quartes, l'administration du sulfate de quinine, immédiatement après un accès, est suivie, dès le lendemain, et même quelques heures après cette administration, d'une diminution dans

le volume de la rate. Si cette diminution est considérable, la fièvre est de beaucoup calmée; si le décroissement est porté jusqu'au retour à l'état normal: alors la fièvre manque. Donc ce n'est pas sur la fièvre, qui n'est qu'une collection de symptômes; mais sur la rate qu'agit le sulfate de quinine; donc, ce n'est pas l'absence de fièvre qui fait diminuer l'hypersplénotrophie, mais c'est la guérison de la lésion splénique qui est suivie de celle de la fièvre. Du fait précédent, résulte que dans les fièvres intermittentes, lorsqu'on voit la rate être diminuée sous l'influence du sulfate de quinine, on peut pronostiquer avec certitude que les accès suivans diminueront ou ne reparaîtront pas.

1924. On a observé: 1° que des malades, ayant eu des fièvres intermittentes, qui paraissaient guéris depuis long-temps, avaient conservé un volume considérable de la rate, et que toutes les fois que cela avait lieu, ils avaient été fréquemment sujets à des frissons et à des sueurs périodiques; 2° qu'à l'occasion de la moindre indisposition, la fièvre intermittente reparaissait; 3° qu'en un mot, la guérison n'avait été qu'apparente et non réelle. De là, le précepte thérapeutique de ne pas se régler, pour continuer ou suspendre l'emploi du sulfate de quinine, sur la suppression des accès, mais bien sur le retour de la rate au volume normal (3 pouces 1/2 à 4 pouces au plus) et à une faible épaisseur; de là, la croyance qu'un malade atteint de fièvre intermittente n'est vraiment guéri que lorsque l'organe splénique n'est plus hypertrophié.

1925. La plessimétrie a permis de mesurer, en quelque sorte, sur le degré de la lésion physique

existante, les doses du médicament administré. Ainsi, lorsque la rate a plusieurs pouces de volume au-dessus de l'état normal, la quantité de sel de quinquina qu'on emploie doit dépasser de beaucoup celle qui est donnée dans une circonstance opposée.

1926. La percussion médiate a prouvé : 1° que dans quelques cas (mais ce ne sont pas les plus communs), la rate augmente peu dans les accès et diminue dans leur intervalle; 2° que bien plus ordinairement, elle ne s'hypertrophie pas après les premiers paroxismes fébriles ; 3° que dès-lors ce ne sont pas les accès qui la font accroître, mais que c'est au contraire la lésion matérielle existant dans cet organe qui entretient ceux-ci.

1927. On a constaté encore, par la mensuration de la rate : 1° que dans la fièvre intermittente, abandonnée à elle-même, et traitée par ce qu'on appelle la médecine expectante, l'hypersplénotrophie ne diminue qu'avec une extrême lenteur, bien souvent ne se dissipe en aucune façon, ou même augmente d'étendue ; 2° que les saignées générales ou les applications locales de sangsues, faites sur l'organe affecté, apaisent bien la douleur, lorsqu'elle existe, mais ne diminuent que très rarement le volume de la rate (1); 3° que les purgatifs, lorsque les évacuations sont très con-

---

(1) Il nous est arrivé plusieurs fois (et nous avons encore dans nos salles un cas de ce genre des plus curieux), qu'un malade ait été atteint à la fois d'une hypersplénotrophie et d'une augmentation de volume du foie. Celle-ci cédait brusquement et en 24 heures aux évacuations sanguines, tandis que la lésion de la rate restait complètement stationnaire. Il suffisait alors (lorsque l'on n'avait observé pendant quelques jours aucune diminution dans l'organe splénique) d'administrer quelques doses de sulfate de quinine pour guérir l'hypersplénotrophie.

sidérables, déterminent parfois une diminution dans l'hypersplénotrophie; mais que cela a lieu d'une manière bieu moins constante et bien moins manifeste que dans les cas où le sulfate de quinine a été administré; 4° que plusieurs des succédanés du quinquina paraissent avoir de l'efficacité pour combattre l'hypersplénotrophie, mais cela dans des proportions beaucoup moins marquées que le sulfate de quinine. Je ne possède pas, du reste, assez de faits pour établir une opinion positive sur ce sujet; 5° que la diète absolue ne diminue que très lentement l'hypersplénotrophie; 6° que pendant l'usage du sulfate de quinine à haute dose, on peut donner des alimens sans nuire à son action remarquable sur le volume de la rate; 7° qu'enfin, dans l'état actuel de la science, le sel de quinquina est, comme l'avait observé M. Bally, un moyen de premier ordre et préférable à tous ceux qui ont été proposés pour remédier à l'hypersplénotrophie.

1928. La diminution dans le volume de la rate, sous l'influence du sulfate de quinine, est un fait si constant et si positif, que lorsqu'une tumeur existe dans l'hypochondre gauche, et qu'elle ne diminue pas par l'adminstration du sel de quinquina, il y a tout lieu de croire qu'il ne s'agit pas d'hypersplénotrophie. Les cas rares où des productions anormales volumineuses seraient développées dans cet organe et ne seraient pas accessibles à l'action des agens thérapeutiques, pourraient seules rendre cette croyance moins positive. Dans quelques cas où la rate était hypertrophiée et où en même temps une autre tumeur existait dans l'hypochondre gauche, la masse totale diminua sous l'influence du sulfate de quinine, mais la

tumeur étrangère à l'organe splénique ne fut pas modifiée dans son volume.

1929. L'AUSCULTATION ne donne, lorsqu'il s'agit d'apprécier les états organiques que la rate peut présenter, que des résultats en quelque sorte négatifs; c'est-à-dire, que servant à reconnaître les lésions des poumons ou de la plèvre qui pourraient être prises pour des splénopathies, elle contribue à éclairer le diagnostic. Voici les principales inductions auxquelles elle conduit : 1° Lorsqu'on a trouvé dans l'hypochondre gauche une matité qu'on est porté, par la forme et le siége de l'espace qu'elle occupe, à considérer comme dépendante de la rate, il ne faut pas manquer d'ausculter sur ce même point : s'il arrive, en effet, que les ronchus variés ou que la respiration bronchique, s'y fassent entendre, on doit bien rechercher s'il ne s'agit pas d'une affection du poumon. Si la respiration y est nulle, si la voix y est sénile (1366), si en arrière et entre le foie et la colonne vertébrale cette respiration manque, il y a lieu de craindre qu'il ne s'agisse d'un épanchement pleurétique, etc.; 2° quand on croit avoir reconnu la rate par la percussion, il ne faut pas manquer de rechercher si les bruits du cœur ne sont pas très distincts sur le lieu où la matité à son siége; car il se pourrait alors que ce fût ce dernier organe et non pas le viscère splénique qui occupât l'espace où la matité se rencontrerait; 3° quand on croit avoir trouvé profondément par la percussion, l'organe splénique, et qu'on a distingué superficiellement une surface plus élastique que l'on rapporte au poumon, il faut s'assurer par l'auscultation que ce dernier organe est bien situé sur ce point. Pour y parvenir on ausculte, et la présence de la respiration sur le lieu où les recherches sont faites, dissipe les

doutes que l'on pourrait conserver ; 4° dans le cas d'hydro-péricardite, l'auscultation fournirait peut-êtr des bruits variés qui empêcheraient des observateurs assez superficiels pour confondre l'accumulation de liquides dans le péricarde avec l'hypersplénotrophie, de commettre une telle erreur.

1930. Remarquez que ces considérations diagnostiques sont loin d'être inutiles. Plus de dix malades se sont présentés dans notre service, qui avaient été traités ailleurs pour une affection du cœur ou du péricarde, et qui n'avaient qu'une hypersplénotrophie portée à un point tel, que les organes circulatoires étaient gênés, refoulés et donnaient lieu, en conséquence, à des symptômes de cardiopathie qui avaient fait prendre le change. Ailleurs, des élèves peu attentifs, oubliant que la matité du cœur est située plus en haut et plus en avant que celle de la rate, avaient cru ce dernier organe hypertrophié, tandis que le cœur seul avait augmenté de volume. L'auscultation, combinée avec la percussion, a donc encore ici de l'importance, et la négliger serait se rendre coupable de légèreté.

1931. Examen des liquides. On ne sait qu'elles sont les modifications que la rate détermine dans le sang qui la traverse, et à plus forte raison dans les liquides circulans en général. Le travail expérimental de M. Gendrin, sur les différences existantes entre le sang splénique et celui des autres parties, ne peuvent être signalées sur l'homme pendant la vie ; elles n'ont, par conséquent, aucune application diagnostique. C'est donc un tort qu'a eu un critique, dont j'estime du reste le talent et l'esprit d'observation, de m'avoir adressé le reproche de n'avoir pas mentionné, dans les

paragraphes relatifs aux maladies du sang (n° 735 et suivans), les travaux de cet auteur. Je fais ici du diagnostic et non de la théorie. S'il se fut agi de raisonnemens et d'inductions pathologiques, à coup sûr j'aurais cherché à agiter les questions relatives aux modifications signalées dans le sang splénique. Encore une fois, il n'y a pas de moyens de recueillir isolément le liquide contenu dans la veine porte et celui de la branche qui y apporte le fluide qui a traversé la rate; des sangsues, appliquées à l'anus, ne donnent que du sang artériel ou veineux se dirigeant vers les tégumens des environs de l'anus, ou en provenant, et ce serait une erreur de croire agir sur la veine porte, plutôt par des saignées locales au fondement, que par la phlébotomie. Nous reviendrons, dans les paragraphes qui vont suivre, sur l'état du sang dans les maladies de la rate.

1932. Signes Physiologiques. Les fonctions de la rate sont si peu connues, qu'il est à peu près impossible de dire quelque chose de positif sur ce qui les concerne. Les faits de Dupuytren et d'Assolant qui ont enlevé ce viscère à des chiens, sans qu'il en résultât de graves accidens, et sans que des troubles fonctionnels graves en aient été ultérieurement la suite, sont surtout de nature à ébranler toutes les théories que l'on pourrait faire sur ce sujet. On peut lire, dans les traités de physiologie, et notamment dans celui de M. Adelon, où elles sont très bien exposées, la série d'hypothèses qui se sont succédées sur ce sujet. Contentons-nous de dire ici que le diagnostic positif n'a tiré aucun parti de ces opinions controversées.

1933. La rate, dans certains cas, est à coup sûr le siége de vives douleurs. Une femme mourut à

la Salpêtrière, après s'être plainte, pendant près de vingt ans, d'une vive douleur dont le siége, constamment invariable, correspondait à l'hypochondre gauche. A la mort, on trouva une vaste ulcération de l'estomac qui paraissait assez sain alentour, mais dont le fond correspondait à la face contiguë de la rate dont le tissu était profondément intéressé. Dans plusieurs cas où des coups, des chûtes avaient été portés ou faites sur l'hypochondre gauche, la douleur correspondait très exactement à la rate (192). Sur des femmes atteintes de métralgie, une souffrance très vive se rapportait exclusivement au lieu où la percussion trouvait l'organe splénique (192). Dans les fièvres d'accès, lorsque la rate était hypertrophiée et douloureuse, l'espace, occupé par la douleur, diminuait sous l'influence du sulfate de quinine, dans des proportions tout à fait semblables à celles observées dans le décroissement du volume, etc.

1934. Ces douleurs varient suivant la nature de la lésion qui les produit. Dans la splénite qui succède aux coups, aux chûtes, etc., elles sont parfois très vives, accompagnées de battemens, d'élancemens, et elles augmentent au moindre mouvement. Je les ai vues quelquefois, alors, présenter un caractère bien spécial. Toutes les fois qu'on pressait sur la rate, ou qu'on la percutait et que ces manœuvres causaient de la douleur, il arrivait que le malade éprouvait un sentiment de frisson et de tremblement très prononcé et qui s'étendait aux diverses parties du corps. C'était comme une sorte de commotion électrique qu'on lui donnait, et dont la conséquence était le frisonnement dont il s'agit. Toutes les fois que ce remarquable symptôme s'est offert à la clinique, j'ai craint de m'en

laisser imposer par mes propres préventions. J'ai fait alors réitérer la même manœuvre par des personnes qui n'avaient pas les mêmes opinions que moi relativement à l'influence de l'état de la rate sur les fièvres intermittentes ; j'ai questionné le malade et les assistans, et toutes ces recherches ont conduit à ce même résultat : que dans certains cas de splénalgie, la douleur causée dans la rate par la commotion, la contusion, etc., donne lieu à un sentiment très analogue aux frissons et au tremblement des fièvres d'accès. Dans un cas même, il est arrivé qu'un paroxisme (frisson, chaleur et sueur) léger, mais complet, a suivi de semblables recherches.

1935. Dans l'hypersplénotrophie, la douleur consiste souvent dans un sentiment de poids incommode, de tiraillement qui gêne les mouvemens, la station et la marche. C'est par fois dans l'inspiration qu'une douleur splénique plus prononcée se fait sentir. La splénalgie qui succède à la métralgie, est souvent portée à un haut degré. Elle consiste parfois en des élancemens, des battemens, des fourmillemens insupportables. Ces derniers ont cependant plutôt leur siége dans les tégumens des parois qui recouvrent la rate, que dans cet organe lui-même. Comme d'autres névralgies, et peu-être plus que toute autre encore, la splénalgie se reproduit à des heures fixes, et c'est surtout vers onze heures ou minuit qu'elle se déclare. Donnez-vous garde de considérer ces douleurs comme en rapport avec les centres circulatoires, et cela parce qu'elles seront accompagnées de battemens. Il est évident que lorsque la rate sera douloureuse, les pulsations occasionneront des sensations pénibles. Ce ne sera pas là une raison pour

croire que ce dernier organe soit lui-même affecté. Ces douleurs spléniques ont été parfois rapportées à tort à l'angine de poitrine, et c'est la sensation de battement dont il s'agit qui a fait commettre cette faute. Nous verrons ailleurs (états organo-pathologiques des nerfs), que l'affection, dite angine de poitrine, ne consiste pas dans une cardiopathie, mais bien dans une névralgie des parois thoraciques.

1936. Les mouvemens, comme nous l'avons vu, exagèrent parfois les douleurs spléniques; mais on ne voit pas que la course exerce cette action plus que tout autre exercice violent.

1937. Quel que soit le rôle que la rate joue en santé sur l'hématose, sur la digestion et sur la périodicité, voici ce qu'on observe en maladie :

1938. Lorsque la rate est depuis long-temps malade, altérée dans son tissu, et surtout hypertrophiée, la teinte des tégumens et des capillaires est singulièrement modifiée. La peau prend un aspect terne, une coloration grisâtre qui présente assez bien la nuance créole peu foncée, mais avec des tons moins chauds et plus cendrés. Ce sont surtout les tégumens de la face, où cette coloration frappe d'avantage; mais en examinant les autres parties du corps, on voit qu'elle est tout à fait générale. Ce n'est pas pas la teinte jaune d'ocre de l'ictère, ni l'aspect jaune-paille de la pneumonite, ni la décoloration de la chlorose, etc. C'est une nuance tout à fait spéciale et que l'on a fort ridiculement appelée ictère bleue; car d'une part, une jaunisse ne peut pas être bleue, et de l'autre, il n'y a rien ici qui ressemble à du bleu ni à du jaune. Si l'on voulait lui donner un nom, celui de teinte splénique lui conviendrait mieux. On ne trouve guère,

en effet, cette coloration que dans les affections de la rate. Son intensité répond presque toujours au degré et à l'ancienneté de l'hypersplénotrophie. Ce n'est pas dans les premiers temps d'une splénopathie qu'elle se dessine, mais c'est plus tard, et lorsque l'affection splénique a pris du développement, qu'on la voit survenir d'une manière plus ou moins prononcée.

1939. Constamment, lorque la teinte splénique se déclare, la sclérotique offre une teinte blanc-bleuâtre un peu terne et qui paraît au-dessous de la conjonctive. Les capillaires des membranes muqueuses extérieures sont, lorsque la maladie est bien prononcée, beaucoup plus pâles que sur d'autres hommes. Je ne sache pas qu'on ait fait de recherches sur l'état du sang, dans ces circonstances. Je n'ai pas eu d'occasion pour y avoir recours, parce que depuis long-temps je ne saigne pas dans les fièvres intermittentes et que le sulfate de quinine me paraît être tellement puissant dans l'hypersplénotrophie ancienne, que je n'emploie pas pour la combattre, d'autres médications. Il y aurait ici une série d'investigations cliniques, micrographiques et chimiques à faire : il y a lieu d'espérer qu'elles seront entreprises par quelque observateur, et qu'elles fourniront un chapitre de plus à l'histoire des maladies du sang.

1940. Ce qui porterait surtout à croire à l'existence de celle ci, c'est qu'en même temps que la teinte précédente est observée, on voit aussi survenir des troubles variés dans les fonctions, de la faiblesse générale, de la lenteur, de la gêne dans les digestions. Toutefois, il ne faut pas croire que cette dernière soit constante. Hors les cas de complication, on n'observe même presque jamais,

dans les maladies anciennes de la rate, de signes de gastrite ou de gastro-entérite. Il n'y a ni dévoiement, ni vomissement, ni sensibilité marquée, ni chaleur sur les pointsdu ventre qui correspondent, non pas à la rate, mais au tube digestif; et ce serait faire preuve d'un grand amour pour la gastro-entérite que de lui attribuer la fièvre intermittente et la teinte splénique. Ce que l'on peut dire, c'est que dans les hypersplénotrophies anciennes, les digestions se font quelquefois avec lenteur et difficulté.

1941. Les affections fébriles périodiques ont à coup sûr des rapports avec les états organo-pathologiques de la rate. Presque tous les praticiens en conviennent; mais quelle est la nature de ces rapports? la fièvre est-elle la cause ou l'effet? Voici la question dont la solution intéresse vivement le diagnostic; car s'il est reconnu que des accès fébriles légitimes sont les symptômes d'états organo-pathologiques de la rate, ce sera alors avoir des motifs pour admettre l'existence d'une splénopathie, que d'observer une fièvre intermittente. Entrons dans quelques détails sur ce sujet, et s'il y avait ici quelques répétitions de ce qui a été dit précédemment, nous ne regretterions pas de les avoir commises.

1942. D'abord, établissons que nous ne voulons parler, dans les paragraphes suivans, que des fièvres d'accès, proprement dites, et dans lesquelles les intermittences sont bien franches, les trois stades bien marquées, et que ce qui va être dit ne se rapporte en rien: 1° aux paroxismes fébriles qu'éprouvent, le soir, les phthisiques et d'autres malades atteints de pyohémie; 2° aux accès mieux dessinés qui, au nombre de deux ou trois, accom-

pagnent ou suivent les maladies des voies urinaires; 3° aux névralgies intermittentes (et elles le sont pour la plupart) compliquées d'une phlegmasie ou de congestions (1) avec fièvre (fièvres intermittentes pernicieuses, ou même qni ne sont en rien fébriles, (fièvres larvées). Arrivons de suite aux faits et aux inductions qu'on en peut tirer.

1943. 1° Des lésions traumatiques de la rate, tels que des coups portés sur le côté gauche, des chûtes, etc., suivis de douleurs et d'hypersplénotrophie ont eu pour symptômes, au moment même de l'accident, un accès fébrile manifeste. (*Clinique médicale*, pag. 376.

1944. 2° A la suite de lésions traumatiques semblables, une splénite caractérisée par la douleur, l'hypertrophie et la chaleur, s'est déclarée, a persisté pendant plusieurs jours et a été accompagnée de symptômes fébriles intermittens et quotidiens.

1945. 3° Certaines douleurs de la rate sont suivies, à l'occasion de la pression, de la percussion, d'une sorte de frisson et d'un état nerveux subit, assez analogue au premier stade des fièvres intermittentes.

1946. 4° Les symptômes de la souffrance de la rate : chaleur et douleur, se sont, dans ces cas, dissipés par les saignées, les sangsues et le régime; quelquefois même, il en est arrivé ainsi, quoique rarement, de l'hypertrophie, suite de lésions traumatiques; mais dans d'autres faits, celle-ci n'a cédé qu'à l'administration du sulfate de quinine.

---

(1) Presque tous les observateurs s'accordent cependant à dire que la rate est dans les cas le plus ordinairement congestionnée, et que cette congestion est portée par fois jusqu'à la déchirure (Bailly de Blois, Trousseau, etc.)

1947. 5° On a mis, sur un chien, la rate à découvert : on a cautérisé profondément avec le nitrate d'argent, le tissu de celle-ci ; on l'a replacée dans l'abdomen ; l'organe a augmenté dans le sens de sa longueur. Il y a eu, à plusieurs reprises, des tremblemens intermittens assez semblables à des accès fébriles. (Cette expérience, faite sous mes yeux, et d'après mon invitation, par M. Bélouino, alors mon élève, aurait besoin d'être réitérée).

1948. Les résultats de percussion précédemment indiqués (1911), ne sont pas, à coup sûr, les seuls que j'aie obtenus sur l'état de la rate dans les fièvres intermittentes. Je n'ai parlé que des observations qui ont été les mieux prises. Je n'ai pas mentionné celles que ma clientelle m'a fournies, pas plus qu'un grand nombre d'autres, vues dans les hôpitaux. Or, dans plus de cinq cents cas, à coup sûr, j'ai constaté la coïncidence de la fièvre intermittente, d'une part, et de l'hypersplénotrophie ou de la splénalgie, de l'autre.

1949. 7° Dès les premiers accès de fièvre intermittente, la rate est hypertrophiée ; je l'ai vue telle dès le second accès.

1950. 8° Si les causes de la maladie (miasmes marécageux) n'agissent plus, on ne voit pas la rate grossir, bien que la fièvre intermittente non traitée continue.

1951. 9° Par contre, la fièvre persiste souvent, tant que la rate est hypertrophiée ; s'il arrive que les symptômes fébriles cessent et que l'hypersplénotrophie dure, on voit les accès se reproduire à l'occasion de la moindre affection, du plus léger rhume, par exemple.

1952. 10° Presque toujours, lorsque la rate est volumineuse ; le malade éprouve, au moins de

temps en temps, un sentiment de frisson périodique et quelquefois cette sueur du matin, que M. Bally a si souvent observée dans les fièvres intermittentes, et qui lui a si fréquemment servie à les reconnaître et par suite à les guérir.

1953. 11° Lorsqu'on trouve sur un malade une hypersplénotrophie, on est presque toujours certain que les réponses aux questions qu'on lui adressera sur les fièvres, seront celles-ci : « J'ai habité un pays marécageux; j'ai eu les fièvres (dans le langage du peuple, cela signifie qu'il s'est agi d'une fièvre intermittente); elles avaient lieu tous les trois jours; je les ai gardées long-temps; j'ai pris fort peu de sulfate de quinine, ou je n'en ai pas pris; je suis resté soumis à l'action des marais après la guérison de la fièvre; depuis, j'ai été fréquemment sujet à de petits frissons, à des chaleurs et à des sueurs nocturnes, à des accès de fièvres réguliers; j'ai souffert dans le côté gauche, et j'y ai fréquemment éprouvé une pesanteur incommode. »

1954. 12° Tout aussitôt que l'on percute la rate sur des malades atteints de fièvres intermittentes, on est presque toujours assuré de trouver la rate volumineuse ou douloureuse.

1955. 13° Les relevés précédens ont montré que, dans des cas, autres que les affections spléniques, la rate n'était pas hypertrophiée.

1956. 14° Très souvent, des sujets, autrefois atteints de fièvres intermittentes et qui conservaient une hypersplénotrophie, présentaient, sur le côté gauche et sur le lieu qui correspond à la partie malade, des cicatrices de morsures de sangsues, des traces de scarifications qui prouvaient combien ils avaient souffert sur ce point. Il est bien vrai que les

médecins avaient traité ces malades pour une gastrite, une entérite, une péritonite, une pleurite; mais il n'est pas moins certain non plus, que, précisément sur le lieu autrefois douloureux, se rencontrait encore la rate hypertrophiée.

1957. 15° Le volume de la rate augmente quelquefois pendant l'accès.

1958. 16° Quand il diminue, on peut assurer, comme il a déjà été dit, que les accès suivans seront moins forts, retarderont ou n'auront pas lieu.

1959. 17° Nous avons vu aussi qu'avant même que l'époque du retour de l'accès à venir soit arrivée, la rate diminue par l'emploi du sulfate de quinine.

1960. 18° Ce médicament qui, de tous, guérit le plus sûrement la fièvre intermittente, est aussi de tous les remèdes celui dont l'emploi est suivi de la diminution la plus constante dans le volume de la rate.

1961. 19° Pendant la durée des fièvres intermittentes, et malgré toute l'attention possible, nous n'avons pu saisir, hors les cas de coïncidences d'autres états pathologiques, d'indices de souffrance constante dans les viscères autres que la rate. Il y a bien eu des symptômes dépendans de l'appareil cérébro-spinal, tels que des frissons et d'autres en rapport avec les organes circulatoires, tels que des variations dans le pouls; d'autres encore qui, comme le défaut d'appétit, pouvaient être rapportés au tube digestif; mais tous ces phénomènes n'étaient rien moins que constans. Ils paraissaient, puis cessaient d'avoir lieu. Entre les accès, rien ne décélait leur présence. Tout au contraire, la lésion matérielle de la rate persistait; elle était tout aussi positive entre les accès que pendant leur durée, et ne cédait qu'au traitement qui lui était

opposé. Cependant, une coloration spéciale des tégumens, surtout dans les fièvres intermittentes anciennes, démontrait aussi que le sang avait éprouvé une altération spéciale.

1962. 2° Des médecins nombreux et instruits, qui ont observé la fièvre intermittente à Alger, aux environs de Rochefort, dans la Bresse, à Rome, en Grèce, etc., et plus ou moins familiarisés avec la plessimétrie, ont tous, à l'exception d'un seul qui, craignant d'avoir mal observé, doit répéter ses recherches, répondu unanimement à mes questions : que dans les fièvres intermittentes observées par eux, l'hypertrophie de la rate était constante.

1963. 21° Les auteurs ont reconnu depuis longtemps la coïncidence de l'hypersplénotrophie et des fièvres intermittentes, et, dans ces derniers temps, MM. Bally, Gendrin, Trousseau, Bailly de Blois, etc., l'ont constatée soit pendant la vie, soit après la mort. Le peuple même, qui peint par un mot expressif des faits généralement observés, désigne parfois sous le nom de *rateleux* ceux qui présentant la teinte splénique, ont eu autrefois des fièvres intermittentes.

1964. 22° On meurt rarement dans la fièvre intermittente exempte de complications, de-là vient qu'on possède fort peu de faits relatifs à l'état des organes dans ces maladies. Toutefois, sur plusieurs sujets qui avaient eu des fièvres d'accès, nous avons trouvé la rate hypertrophiée. Quelques autres, morts par suite d'entérite typhohémique, avaient une rate très volumineuse, et en relisant les observations qui s'y rapportaient, on trouvait qu'ils avaient, dans le cours de leur maladie, offerts des frissons périodiques. Un homme suc-

comba à l'Hôtel-Dieu : il avait été atteint d'une fièvre intermittente qui avait résisté à tous les moyens de traitement. A la mort, nous trouvâmes un abcès considérable dont la rate formait une partie des parois (*Clinique médicale*, page 12). Dans plusieurs cas d'épanchemens pleurétiques *à gauche*, pendant la durée desquels il y a avait eu des accidens fébriles périodiques, la rate était refoulée de haut en bas par la collection de liquides et devait en éprouver quelque altération dans ses fonctions.

1965. Les faits précédens ne peuvent guère être réfutés que par une négation absolue des observations que j'ai faites. De deux choses l'une, ou il faudrait que j'osasse dire ce que je n'aurais pas vu (et je ne crois pas qu'on ait jamais pensé à me faire ce reproche), (1) ou il faudrait admettre que la percussion m'a induit en erreur et que je me suis laissé entraîner par une préoccupation d'esprit. Relevons seulement ces dernières assertions.

1966. D'abord, on ne niera pas que j'aie quelque habitude de la percussion ; et les expériences publiques faites lors de la publication du *Traité de la percussion médiate*, prouvent jusqu'à quelle certitude on peut aller, dans les jugemens que la plessimétrie fait porter sur le volume de la rate. Une seule fois, sur une multitude de recherches cadavériques, et lors de mes premiers travaux, j'ai commis une erreur ; dans tous les autres cas, la limitation de l'organe splénique, même lorsqu'il avait de fort petites dimensions, a été très

(1) Toute altération des faits serait ici à peu près impossible, puisque c'est dans une Clinique et en présence de nombreux élèves, que la plupart des observations relatives à la percussion de la rate ont été recueillies.

exacte. Pourquoi donc serais-je plutôt induit en erreur sur le vivant que je ne l'ai été sur le cadavre? A qui douterait de ces résultats, je dirais : essayez les mêmes expériences sur les corps privés de vie, et bientôt vous obtiendrez des faits identiques. Que si, après quelques tentatives, vous n'y parveniez pas, je me chargerais de vous apprendre, en quelques momens, les moyens de réussir; enfin, si vous le désiriez, je ferais l'expérience devant vous, et je ne craindrais en rien le résultat de cette expérience. (V. *le Traité de la percussion médiate*, nos 286 et suivans).

1967. Mais quand on supposerait que j'eusse été quelquefois induit en erreur, ce ne pourraient être là que des exceptions, et si j'ai relevé trois mille observations sur le volume de la rate, il en résulte que, m'étant rarement trompé, la majorité des faits vrais, fera loi. Si j'avais en général donné trop ou pas assez de volume à la rate, comme ces fautes auraient été commises dans tous les cas, les différences du volume de l'organe splénique dans telle maladie et dans telle autre, n'en subsisteraient pas moins et établiraient encore des résultats positifs. Cependant, j'ai l'intime conviction que les erreurs que j'ai commises n'ont jamais été que très légères. Lorsqu'une tumeur du côté gauche a été pour moi douteuse, et qu'il était possible qu'elle dépendît, en tout ou en partie, de l'ovaire gauche ou du rein, je n'ai pas compris ce fait dans mes relevés.

1968. Or, quand on trouve sur presque tous les sujets atteints de fièvre intermittente, et dans toutes les périodes de celles-ci, une matité remarquable dans l'hypochondre gauche, il faut bien attribuer cette matité à un corps solide, et que ce

lui-ci soit fixe aussi dans le lieu qu'il occupe, puisqu'il ne se déplace pas par la position du malade. Quand on s'est assuré par la diète, par l'usage des purgatifs, que l'estomac et les intestins sont vides; quand on a des signes positifs qui démontrent que le foie, le rein, le cœur, la plèvre remplie de liquide, le poumon gauche malade, ne s'étendent pas sur ce point; lorsqu'on observe d'autres symptômes qui éloignent toute idée d'hydropéritonie circonscrite, etc.; on ne peut se dispenser d'admettre que la matité doive être très probablement en rapport avec la rate. De plus, quand cette matité occupe exactement le siége ordinaire de ce même organe; quand on circonscrit celui-ci dans un espace dont la forme correspond exactement à celle que l'anatomie apprend être propre au ganglion splénique; quand on trouve à la partie solide que le doigt ressent, les mêmes rapports avec le poumon, le cœur, etc., que ceux qui sont propres à la rate, il faut bien convenir que celle-ci se rencontre alors sous le doigt qui percute.

1969. Mais lorsque dans des observations, minutieusement recueillies sur plusieurs milliers de sujets, on n'a trouvé les dimensions de l'espace occupé par cette matité manifestement exagérées, que sur les malades qui étaient atteints de fièvres intermittentes; lorsque dans plus de 500 cas, la rate s'est, constamment trouvée volumineuse, alors que ces affections existaient d'une manière franche, il faut bien en déduire la relation intime existant entre le symptôme : fièvre d'accès, et la lésion organique : hypersplénotrophie.

1970. Bien plus, la fièvre persiste ou se renouvelle, tant que la lésion splénique dure; — elle cesse dès que l'hypersplénotrophie se dissipe, de telle sorte

qu'on peut annoncer la disparition de l'une par la guérison de l'autre; — le retard, le décroissement dans l'apparition des accès à la suite de l'emploi du sulfate de quinine, est en rapport avec le degré du décroissement de l'organe malade, etc.; il faut donc avouer qu'il y a un rapport intime de cause à effet entre la lésion organique observée et la fièvre d'accès. A coup sûr, il n'y a pas de preuve plus positive de la relation existante entre les crachats rouillés et la matité de la pneumonite, qu'il n'y en a entre les accès fébriles périodiques et l'obscurité du son splénique.

1971. Que si l'on disait avoir vu quelques cas exceptionnels, on répondrait : que dans certaines pneumonites, des mains peu exercées ne trouvent pas de matité, et que des doigts très habiles peuvent même n'en pas découvrir, alors que l'induration est peu étendue, lobulaire, et qu'elle occupe le centre des poumons d'ailleurs sains. On répondrait : qu'il ne serait pas logique d'inférer de ces cas en dehors des autres, que le poumon n'est pas induré ou altéré dans la pneumonite, et que les mêmes réflexions sont complètement applicables aux fièvres d'accès et à la souffrance de la rate. On répondrait : qu'il peut se trouver des observateurs qui ne sachent pas reconnaître parfaitement ce viscère ; et qu'il peut aussi exister des splénopathies autres que l'hypersplénotrophie, capables de produire la fièvre intermittente ; qu'il ne serait pas possible d'infirmer 500 faits positifs par un fait négatif douteux, et qu'on n'a d'autres moyens d'ébranler les résultats précédens que de s'y prendre comme je l'ai fait. Il faudrait, pour y parvenir, recueillir une multitude d'observations dans lesquelles on aurait mesuré la rate par la percussion, soit qu'il se fut agi ou non

de fièvres intermittentes, et présenter des relevés opposés aux miens; mais à coup sûr, tel qui ferait cette recherche arriverait aux mêmes résultats que les précédens, parce qu'il s'agit ici de faits pathologiques constans.

1972. Mais, que si l'on voulait attribuer à d'autres lésions d'organes : au foie, au tube digestif, au cœur, au système nerveux central, les fièvres intermittentes, nous dirions :

1973. 1° Nos relevés statistiques ont prouvé que très rarement, dans les fièvres d'accès, le foie est hypertrophié (1910) et ne donne presque jamais dans ces maladies de symptômes fonctionnels.

1974. 2° Qu'il en a été ainsi du cœur, sous le rapport des altérations de volume; seulement, l'action du cœur est troublée pendant les accès, mais ce trouble est momentané, et il est plus logique de croire qu'une affection qui se reproduit est en rapport avec une lésion matérielle persistante qu'on reconnaît, qu'avec un trouble fonctionnel momentané.

1975. 3° Que dans les fièvres d'accès, le tube digestif ne donne lieu que très rarement, et seulement comme coïncidences, à des symptômes de souffrances, tels que douleur, chaleur, vomissemens, diarrhée, etc., et que les sens ne découvrent, dans l'estomac ou les intestins, aucune lésion physique et matérielle.

1976. 4° Qu'à coup sûr, dans les fièvres intermittentes, il y a des symptômes nerveux; mais que la question est ici de savoir si ces symptômes partent des centres ou d'un des points de la périphérie. A coup sûr, ce n'est pas dans l'encéphale qu'il en faut rechercher le siége. Rien, dans les accès ne prouve qu'il s'agisse primitivement de la moelle

de l'épine, et l'estimable auteur du *Traité des maladies* de cet organe, s'est bien donné garde d'y rapporter le point de départ des fièvres intermittentes, dans lesquelles on ne voit ni paraplégie ni fourmillement des membres, ni accidens du côté de la vessie ou du rectum. Il faut donc que ces phénomènes nerveux proviennent des nerfs périphériques ; reste à déterminer lesquels.

1977. 5° Sont-ce les nerfs de relation, ou ceux du tégument, comme le voulait Cullen, qui sont le point de départ de la fièvre ? Mais la peau reste saine dans l'intervalle des accès, et pendant ces accès mêmes, elle n'est pas douloureuse. C'est le frisson qui cause la chair de poule ; il n'y a, dans le tégument, ni chaleur, ni rougeur, ni hypertrophie.

1978. 6° A plus forte raison, ce ne sont pas les nerfs des appareils des sensations qui causent les accès.

1979. 7° Seraient-ce les plexus abdominaux ? Il y a peut-être du vrai dans cette idée, mais desquels s'agit-il ? Tout concourt à prouver que ceux des intestins et de l'estomac sont primitivement étrangers à la fièvre intermittente ; car, dans les maladies gastro-intestinales graves, celle-ci n'a lieu qu'autant qu'il y a complication d'hypersplénotrophie. — On peut en dire autant du plexus hépatique. Les maladies des voies urinaires et des organes génitaux de la femme produisent quelques accidens très analogues aux fièvres d'accès ; mais voici ce qu'il ne faut pas oublier :

1980. Les artères rénales spermatiques et spléniques sont très voisines ; les plexus nerveux qui les entourent, ainsi que leurs divisions, sont tellement entrelacés, qu'on ne peut dire où commen-

cent les uns et où finissent les autres. Ainsi, voilà que nous sommes conduits à retrouver des symptômes analogues aux fièvres intermittentes, mais non identiques avec elles, tout aussitôt que nous nous rapprochons de l'organe splénique. Nous allons bientôt voir combien ceci est en rapport avec la théorie que nous nous formons de la fièvre intermittente.

1981. 8° Le sang éprouve, à coup sûr, dans les fièvres d'accès, une altération non signalée par l'analyse ou l'inspection, mais évidente par l'examen du malade. Elle a lieu dès les premiers temps de la lésion splénique, et plus encore lorsque celle-ci a long-temps duré; mais on concevrait difficilement qu'elle persistât, ainsi qu'on l'observe, s'il n'y avait pas une cause matérielle et organique qui l'entretînt, (Voy. les articles *Hémopathies*, *Anhématosie*, *Typhohémie*, *Toxicohémie*, etc. ), tout aussitôt que les circonstances qui ont primitivement altéré le sang ( privation d'air, matières putrides, poisons résorbés, etc. ), cessent d'agir. Leurs effets ne sont que temporaires, et bientôt la respiration, les sécrétions, l'alimentation, ramènent le sang à son état normal. Pourquoi donc n'en serait-il pas ainsi de l'hémopathie en rapport avec l'action des miasmes marécageux ? On concevrait bien un premier accès; mais une fois que le malade est soustrait à l'influence de ces miasmes, pourquoi cet accès se renouvellerait-t-il? pourquoi le sang resterait-il altéré ? Pourquoi ? C'est parce qu'il y a une lésion organique qui entretient cette altération, et cette lésion est l'affection de la rate. Ceci nous conduit à exposer la théorie qui nous paraît en rapport avec tous les faits observés et que nous allons exprimer en peu de mots :

1982. 1° *Un accès* de fièvre complet; frisson, chaleur et sueur, est un accès de névralgie ascendante (1) qui part des plexus abdominaux ou thoraciques, et notamment de ceux de la rate, des reins et des organes génitaux. — Cette névralgie parcourt d'une manière successive divers points de l'appareil cérébro-spinal, à partir des nerfs des plexus, remonte vers les centres et s'étend ensuite vers la circonférence. — Elle se reproduit vers la peau et cause les frissons de la même manière qu'on voit les névralgies variées: métralgies ou autres, se répéter vers d'autres points du système nerveux.

1983. 2° Les accès de fièvre qui se renouvellent en petit nombre et d'une manière périodique, semblent avoir leur point de départ dans les ramifications, soit du plexus splénique, soit des plexus rénal, spermatique, ovarique, etc. Ceux-ci, ordinairement, se reproduisent à peine trois ou quatre fois et avec le type quotidien (un accès chaque jour).

1984. 3° Ces accès périodiques, soit quotidiens, soit tierces (se reproduisant de deux jours l'un), soit quarte (ayant lieu un jour sur quatre), etc., ont leur point de départ dans les ramifications du plexus nerveux splénique.

1985. 4° Des lésions variées de la rate (splénohémie, splénite, hypersplénotrophie, etc.), peuvent donner lieu à cette névralgie.

1986. 5° C'est la splénohémie avec augmentation de volume qui cause le plus souvent les fièvres intermittentes légitimes.

---

(1) Clinique médicale, page 301 et suivantes.

1987. 6° Cette lésion de la rate est, *le plus ordinairement*, produite par les miasmes marécageux.

1988. 7° Le premier effet de ceux-ci, est une action directe sur le sang. Il y a alors une véritable toxicohémie.

1989. 8° L'effet de cette altération est d'agir sur la rate et de causer l'engorgement sanguin, l'hypertrophie de cet organe et, partant, la névralgie périodique qui caractérise la fièvre intermittente. C'est ici une lésion locale, suite d'une hémopathie semblable à la souffrance de la vessie, du cœur, etc., par suite du mélange de la cantharidine ou de la digitale avec le sang. (Voy. l'article Toxicohémie du *Traité de Médecine pratique*).

1990. 9° A son tour, cette splénopathie porte sur le sang une action particulière manifestée par la teinte spéciale, l'état de faiblesse générale, etc., que présentent les personnes atteintes de fièvres intermittentes anciennes.

1991. Telle est notre manière de voir sur les fièvres d'accès. Elle repose, soit sur des observations nombreuses, recueillies depuis vingt ans de pratique, soit sur la comparaison la plus attentive établie entre les diverses névralgies et la fièvre intermittente, entre les phénomènes de plusieurs toxicohémies et ceux qui suivent l'action des miasmes marécageux. Elle a été assez long-temps mûrie par la réflexion et par l'étude clinique, pour que les hommes de progrès s'en occupent sérieusement. Que si les préoccupations d'esprit de quelques personnes, leurs hypothèses favorites, les détournaient des recherches que je les prie de faire, qu'ils conservent au moins, dans la discussion publique, les formes et les convenances que méritent des travaux consciencieux.

1992. Ainsi, dans l'état actuel de la sience, et et en nous fondant sur les faits précédens, nous sommes autorisés à affirmer que, dans les fièvres d'accès, la rate est presque constamment hypertrophiée.

1993. Toutes les fois donc qu'on trouvera, par les signes physiques, une hypersplénotrophie, il sera indispensable de s'enquérir s'il a existé ou s'il existe encore des accès fébriles, ou même des frissons revenant à des heures fixes, ou qui, étant d'abord survenus avec régularité, se sont ensuite déclarés sans périodicité marquée. Il sera utile de rechercher quel aura été le type des paroxismes, bien qu'il soit vrai de dire que nous ayons trouvé la rate à peu-près aussi volumineuse dans les fièvres tierces que dans les quotidiennes; dans celles-ci, tout aussi bien que dans les quartes, et que nous ignorions complétement pourquoi une fièvre d'accès se manifeste avec tel type sur un malade, et avec tel autre type sur un second individu.

1994. D'un autre côté, la présence d'une fièvre d'accès, ou de frissons et de chaleurs périodiques, doit aussi conduire à rechercher quel est l'état de la rate. Il suffit même de la sueur visqueuse que présentent le matin certains malades pour mettre sur la voie et pour faire reconnaître l'hypersplénotrophie. Il nous est arrivé un grand nombre de fois de découvrir l'existence de l'affection splénique, en nous fondant sur ce symptôme, et celle de la fièvre, en reconnaissant l'hypersplénotrophie.

1995. Les circonstances suivantes sont fort utiles à apprécier : 1° l'intensité du frisson ; 2° le lieu par lequel il commence ; 3° son mode de progression ; 4° sa durée et l'état de la peau pendant qu'il existe; 5° le degré auquel la chaleur est portée et le temps

pendant lequel elle persiste; 6° la manière dont la sueur se déclare et les proportions qu'elle peut avoir; 7° le nombre d'heures qu'elle dure et la nature de la matière transpirée; 8° la durée de l'intermittence et l'époque précise du retour de l'accès; 9° l'absence plus ou moins complète de l'état fébrile ou des symptômes de maladies, alors que les paroxismes se sont dissipés.

1996. Ces circonstances ne conduisent pas sans doute à reconnaître l'état de la rate, mais elles servent à préciser le type de la fièvre, sa gravité, etc.

1997. Il faut surtout rechercher si les accès se rapprochent et tendent à se confondre, car ce cas est fâcheux et exige tout d'abord (surtout lorsque des symptômes névralgiques ou insolites se déclarent) l'administration du sulfate de quinine ou, à son défaut, de ses succédanés. C'est principalement lorsqu'un paroxisme fébrile semble prêt à reparaître avant la fin du premier (fièvre sub-intrante), qu'on doit se hâter de combattre le mal avec énergie et de donner les fébrifuges à la fin du dernier accès sans attendre l'intermittence.

1998. L'étude des causes qui ont pu déterminer la fièvre intermittente, conduit aussi à reconnaître la souffrance splénique, et il faut ne jamais négliger d'étudier, comme diagnostic, la liaison qui peut avoir existé entre l'action des miasmes marécageux et la splénopathie. On trouvera dans dix-huit cas sur vingt d'hypertrophie de la rate, que le malade aura habité un pays marécageux; qu'il aura fait des promenades sur les bords des canaux, des rivières dont les rives auront été partiellement desséchées; qu'auprès de sa demeure on aura remué des terres, creusé des égoûts; que dans un autre cas, il y aura eu quelque lésion

physique portée sur la rate, et que, dans le dernier, l'habitation aura eu lieu dans un espace humide et voisin du sol.

1999. La sécrétion urinaire fournira quelques documens qui seront plutôt en rapport avec les stades fébriles qu'avec l'hypersplénotrophie elle-même. Pendant le frisson, et lorsque la peau transpirera peu, l'urine sera claire, aqueuse, non sédimenteuse. Elle se concentrera lors de la chaleur, et deviendra épaisse, avec des dépôts grisâtres ou rougeâtres, suivant des circonstances variées, et dépendantes plutôt de la constitution primitive du sujet que de la fièvre elle-même.

2000. Les accidens fébriles ne sont pas les seuls accidens de circulation en rapport avec la souffrance de la rate. Il arrive parfois que l'hypersplénotrophie, surtout avec altération remarquable dans la forme de l'organe, a pour symptôme une collection de liquide dans le péritoine. Ainsi, toutes les fois qu'une hydropéritonie aura lieu, toutes les fois qu'on ne trouvera pas dans le foie, le cœur, le rein, la cause matérielle de la maladie, il faudra rechercher avec soin quel est l'état de la rate. Cela est d'autant plus utile, que de toutes les ascites, ce sont celles-là qui se guérissent le mieux. Faites, si vous le voulez, des chiffres sur le traitement de l'hydropéritonie en général; mais interrogez plutôt les organes pour en découvrir la véritable thérapeutique; et, si vous trouvez la rate hypertrophiée, au lieu de chercher, par des tableaux statistiques, à découvrir, dans les milliers de moyens qui ont été proposés, celui qui a le mieux réussi, ayez recours au sulfate de quinine, et vous guérirez l'ascite. C'est précisément ce qui nous est arrivé dans trois cas remarquables qu'il

serait trop long de rappeler ici. Il y a tout lieu de croire que la cause de l'hydro-péritonie, survenant dans l'hypersplénotrophie, est la compression de la veine porte ou de ses grandes divisions par la rate. Celle-ci peut comprimer aussi la veine cave ascendante. De-là, un œdème des extrémités inférieures, auquel on peut appliquer des remarques analogues à celles qui viennent d'être faites pour l'ascite.

2001. Dans plusieurs cas d'hypersplénotrophie, surviennent des palpitions, de la gêne à respirer, un sentiment incommode de pesanteur dans le côté gauche, etc. Il faut bien se donner garde de prendre ces symptômes pour une maladie du cœur, méprise qui, à ma connaissance, a été faite plusieurs fois (surtout lorsque la rate était douloureuse) par des médecins, d'ailleurs fort habiles, mais peu disposés à admettre, comme fréquentes, les maladies de la rate. Dans ces cas, le côté gauche était couvert de cicatrices, de ventouses scarifiées, et le bras présentait de nombreuses traces des saignées qui avaient été faites. Quelques doses élevées de sulfate de quinine guérirent cette prétendue cardiopathie.

2002. L'accélération dans les battemens du cœur, et la fréquence des pulsations de l'artère, les variations dans le pouls, ont rarement lieu, à l'occasion des splénopathies, d'une manière continue. Cependant, quelques cas, dans lesquels les signes physiques et fonctionnels annonçaient une splénite, étaient accompagnés de fièvre continue. Il serait curieux de savoir si, dans de tels faits, l'organe lui-même ou ses enveloppes, sont spécialement affectés. Dans l'hypersplénotrophie ordinaire, on ne trouve, au moment où les accès

fébriles n'ont pas lieu, aucune altération dans le pouls.

2003. La respiration, dans les maladies de la rate, n'est en général troublée qu'à l'occasion des troubles circulatoires, ou lorsque l'hypersplénotrophie ou la splénalgie sont portées à un tel degré qu'elles gênent, par le volume ou par la douleur, l'abaissement du diaphragme. Les efforts respirateurs sont alors quelquefois pénibles. Donnez-vous garde de prendre pour une hydro-pleurite la rate gauche hypertrophiée et douloureuse. Une telle erreur de diagnostic a été parfois commise. Rappelez-vous toujours que dans *presque* toutes les pleurites à gauche, même diaphragmatiques, la partie déclive du poumon gauche, située en arrière et à droite de la rate et près de la colonne vertébrale, n'est plus reconnaissable à son élasticité, à sa sonoréité et à la respiration pure qu'elle doit fournir. Dans tous les cas d'hypersplénotrophie simple, au contraire, on trouve les caractères de percussion et d'auscultation qui viennent d'être indiqués.

2004. La rate augmente légèrement de volume à l'occasion de la polyhyperhémie (pléthore) et des anhématosies (asphyxies), dans lesquelles le sujet conserve beaucoup de sang. L'anhématosie par l'écume ou les liquides bronchiques détermine surtout une augmentation marquée dans la grosseur de cet organe ; mais celle-ci est bien moins prononcée que cela n'a lieu dans les fièvres d'accès. Dans la polyanhémie, la rate est souvent fort peu volumineuse ; de là, des signes applicables à ces divers états de la circulation et de la respiration.

2005. Les névralgies de la rate, comme nous

l'avons vu, succèdent souvent à celles de l'utérus et des ovaires, dont elles semblent fréquemment être une extension. Sur un certain nombre de femmes hystériques, vous en verrez, en effet, quelques-unes qui se plaindront de douleurs évidemment de même nature que celles qu'elles éprouvent parfois dans le bas-ventre, et les signes physiques démontreront que ces douleurs sont en rapport avec la rate. Quelquefois elles se propageront à gauche, vers le thorax, et imiteront assez bien les formes de la névralgie brachio-thoracique (angine de poitrine) avec laquelle elles ont été souvent confondues. Ainsi que les autres symptômes hystériques, la splénalgie se dissipera parfois et sera remplacée par des douleurs du même genre, ayant leur siége dans d'autres parties, et notamment à la gorge et au cuir chevelu. En général, la splénalgie se manifestant sur une femme, doit conduire à rechercher s'il n'existe pas de métralgie habituelle dont elle soit le symptôme.

2006. Souvent des névralgies compliquent l'hypersplénotrophie, les fièvres intermittentes et les altérations du sang primitives ou secondaires qui coexistent; elles se déclarent même comme symptômes de ces affections lorsque celles-ci sont très intenses. De là le caractère pernicieux de certaines fièvres; de là ces douleurs atroces et périodiques accompagnées des plus graves phénomènes lorsque la souffrance vient à frapper des nerfs des organes de premier ordre; de là, ces troubles de circulation, de respiration, d'action cérébrale qui se déclarent. En effet, comme presque partout existent des nerfs, presque partout aussi peuvent se répéter les accidens névralgiques; là, vous verrez le tremblement et le frisson (fièvre algide), la chaleur et la sueur

être exagérés ; ailleurs , vous verrez survenir une suspension ou des modifications dans l'action du cœur, (fièvre syncopale), des organes respiratoires, du cerveau (fièvre pernicieuse apoplectique), et des nerfs des sens, de l'encéphale etc, (f. pern. épileptique, ophtalmique etc.). D'autres fois des douleurs atroces se déclareront dans l'estomac, les intestins, la plèvre, (fièvre pernicieuse gastralgique, entéralgique, pleurétique, etc.) ; mais quelque soit le nerf où la névralgie se déclare, partout elle empruntera de la complication de la fièvre d'accès, de l'hypersplénotrophie, de l'altération du sang, un caractère grave; elle tendra à se propager aux centres nerveux avec la même gravité, et elle pourra causer la mort si plusieurs accès se renouvellent.

2007. De là, la nécessité de rechercher avec soin si les fièvres d'accès n'ont pas un caractère névralgique ou pernicieux, et celui-ci sera reconnaissable : 1° à la coïncidence de quelque névralgie ou de quelque névrose périodiques, et qui auparavant, n'étaient pas habituelles au malade; 2° à la gravité des accès; 3° à l'état de stupeur, d'abattement, à l'altération profonde des traits qui suivra la cessation des accès; 4° à la tendance que ceux-ci ont à se rapprocher; 5° à la réunion des signes propres aux fièvres intermittentes, à l'hypersplénotrophie, et des symptômes précédens (2011).

2008. Dirigé par de tels caractères, le médecin se hâtera de donner le sulfate de quinine à haute dose dès le second accès, et n'attendra pas le troisième qui parfois, pourrait être suivi de la mort. Quand même les symptômes seraient douteux, le praticien se rappellera que l'emploi du sulfate de quinine n'a rien de dangereux, même dans la plupart des phlegmasies; et quelles que soient ses opinions sur la na-

ture intime des névralgies et des fièvres intermittentes, il aura, dans de tels cas, recours à l'emploi du sel de quinquina.

## DIAGNOSTIC

### SPÉCIAL ET DIFFÉRENTIEL DES PRINCIPAUX ÉTATS ORGANO-PATHOLOGIQUES DE LA RATE.

2009. *Splénopathie*, (souffrance de la rate considérée en général.

2010. *Splénohémie*, (congestion sanguine de la rate); *Hypersplénotrophie*, (augmentation dans le volume de ce même organe.) (1)

2011. L'inspection démontre quelquefois un accroissement de volume de l'hypochondre gauche, et cela dans un espace situé, d'une part, plus bas et plus à gauche que le cœur, et de l'autre, dans un lieu placé plus en avant et plus en haut que le rein. Lorsque la rate a acquis un volume qui dépasse 5 à 6 pouces, et dans les cas aussi où le thorax a des dimensions verticales très peu étendues, on rencontre par la palpation le limbe splénique débordant les côtes asternales gauche : cela a lieu dans une étendue plus ou moins proportionnée au degré de l'hypersplénotrophie. Très fréquemment, par le palper on ne peut découvrir la rate : il arrive même, dans maintes circonstances, que cet organe acquiert des dimen-

(1) Nous réunissons dans le même paragraphe la splénohémie et l'hypersplénotrophie, parce qu'il est le plus souvent fort difficile de décider, pendant la vie, et quelquefois même après la mort, si l'accroissement dans les dimensions de la rate tient à une véritable hypertrophie ou à une simple accumulation de sang dans le tissu spongieux de ce viscère. Nous croyons même que dans la très grande majorité des cas, il ne s'agit dans l'hypersplénotrophie que d'une simple congestion.

sions de sept pouces et plus, sans qu'il dépasse le rebord thoracique. Celà est surtout observé sur les sujets affaiblis dont le diaphragme a peu d'action; sur les personnes dont le ventre est très volumineux et développé de bas en haut; sur ceux enfin dont les dimensions verticales de la poitrine sont très considérables. La pression fait parfois trouver sur l'organe splénique une sensation de résistance et de solidité. La percussion fait reconnaître une matité et une résistance au doigt plus marquées que cela n'existe sur des personnes dont la rate est saine. Cette matité est située : inférieurement et postérieurement à celle qui correspond au cœur; supérieurement et antérieurement à l'espace occupé par le son mat du rein; à gauche de celui qui dépend du foie; plus bas que le lieu où se rencontrent d'ordinaire les épanchemens pleurétiques peu considérables. Les régions occupées normalement par le poumon gauche, surtout celle qui est située tout-à-fait en bas près de la colonne vertébrale, continuent à donner de la sonoréité, de l'élasticité par la percussion légère et superficielle, en même temps que la respiration auscultée y reste pure. La matité de l'hypochondre gauche qui serait due à des substances contenues dans l'estomac se dissiperait : par le coucher sur le côté droit, par la diète ou le vomissement. Celle qui serait en rapport avec des fécès accumulés dans le gros intestin coexisterait le plus souvent avec un son obscur des régions iliaques, surtout de la gauche, et disparaîtrait sous l'influence des purgatifs; celle qui serait produite par une collection de liquide circonscrite, due à une péritonite partielle, aurait été précédée des signes aigus de cette affection et serait accompagnée de symptômes fort différens de ceux auxquels la rate donne lieu, etc.

2012. Au-delà de la dimension verticale de quatre pouces, la rate peut être considérée comme hypertrophiée. On peut en dire autant soit de la mesure de 3 pouces 1/2 dans le sens horisontal, soit sur la plupart des hommes, du rapprochement de la rate vers la ligne médiane jusqu'à deux pouces ou même à deux pouces et demi de cette même ligne; bien entendu qu'il faut, pour que cette dernière proposition soit fondée, que la matité persiste en arrière dans un assez grand espace, sans cela la rate pourrait être déplacée et non pas hypertrophiée. Les dimensions de cet organe peuvent être portées de haut en bas et d'un côté à l'autre jusqu'à 7, 8, 9, 10, 11, 12 pouces et davantage; il se peut faire qu'il s'étende jusqu'à l'hypochondre droit; il remonte parfois, en soulevant le diaphragme, jusqu'à trois ou quatre pouces du sommet de l'aisselle (1).

2013. Le degré de matité et de résistance au doigt qu'on obtient, sont en rapport avec celui auquel l'hypersplénotrophie est portée. La forme de l'espace occupé par la rate varie : en général dans l'hypertrophie simple, elle est ovoïde, assez arrondie sur les bords et son plus grand diamètre est vertical. Sous l'influence du sulfate de quinine, la rate, en revenant sur elle-même, offre quelquefois des inégalités sur les points divers de sa circonférence.

2014. L'emploi du sulfate de quinine à hautes doses fait diminuer la rate, ce qui n'a pas lieu pour toute

(1) S'il arrive qu'inférieurement au thorax on trouve par la palpation un rebord dur qu'on puisse attribuer à la rate, et cela, bien qu'on rencontre sur le même lieu par la percussion superficielle, un son tympanique; il faut déprimer fortement les parois abdominales avec le plessimètre, à l'effet d'appliquer celui-ci sur la rate : de cette sorte on écarte une anse d'intestin qui, située entre l'organe splénique et les parois produisait la sonoréité et exposait à commettre des erreurs.

tumeur développée dans l'hypochondre gauche. Ce moyen de diagnostic est d'autant plus précieux que ce sel de quinine peut être le plus souvent administré sans danger.

2015. A ces signes locaux se joignent presque constamment les symptômes suivans : circonstances commémoratives d'habitation dans des lieux marécageux, humides, dans des appartemens voisins du sol ; anciennes fièvres d'accès, qui ont été légèrement traitées, ou continuation du séjour après le traitement dans le lieu soumis aux miasmes des marais ; retour fréquent de la fièvre ou au moins de frissons, revenant le plus ordinairement à des heures fixes, et cela à l'occasion de la plus légère indisposition ou d'alternatives de température ; douleurs anciennes renouvelées à plusieurs intervalles ou existant encore sur le lieu où la rate se trouve être hypertrophiée ; cicatrices de morsures de sangsues, de vésicatoires, de ventouses, de cautères, de moxas, sur la même partie. Souvent le malade a été traité pour des affection du cœur, de la plèvre, du foie, de l'angine de poitrine et on n'a épargné ni les saignées, ni les purgatifs, etc.

2016. La douleur qu'éprouve le malade est sourde et profonde ; elle consiste dans un sentiment de pesanteur incommode, dans la sensation d'une sorte de barre qui gêne la respiration et rend la station, la marche, la course pénibles. Le coucher sur le côté droit est souvent très difficile. La douleur splénique augmente parfois par la pression, la palpation, la percussion. Il arrive, qu'à l'occasion de ces manœuvres, le malade est pris d'un frissonnement subit qui s'étend jusque vers les autres parties du tronc et vers les membres. Dans un cas, la percussion douloureuse de la rate produisait instantanément sur la peau de

cette partie, l'état auquel on a donné le nom de chair de poule.

2017. Lorsque la maladie est ancienne la peau présente une teinte grisâtre, brunâtre et terne, tout-à-fait spéciale; les capillaires sont peu colorés, les lèvres et la langue sont pâles, la sclérotique offre une teinte bleuâtre.

2018. La fièvre intermittente, quelqu'en soit le type (n° 2031) est un symptôme presque constant dans l'hypersplénotrophie. Le cœur est parfois refoulé, le diaphragme gêné dans son abaissement par suite du volume de la rate; delà des palpitations, de la dypsnée, etc. La veine cave inférieure, la veine porte peuvent être aussi plus ou moins comprimées, d'où résultent des collections séreuses dans les extrémités inférieures et dans l'abdomen.

2019. Les digestions deviennent languissantes, l'appétit se perd, et des symptômes très variés peuvent survenir comme complications, du côté du cerveau, de la peau ou des autres organes, etc.

2020. *Splénite.* (Inflammation de la rate) Elle présente la plupart des symptômes de l'hypersplénotrophie et il serait fort difficile de dire le point où l'une commence et où l'autre finit. Elles peuvent être réciproquement cause et effet et se combiner d'une foule de manières. L'une et l'autre sont susceptibles d'une infinité de degrés. La splénite, par exemple, peut mériter les noms *d'hypersplénite, d'hyposplénite, de chronosplénite;* elle peut donner lieu à l'hypersplénotrophie, et ne présenter alors aucun caractère qui la distingue de celle-ci. La *pyosplénite* ou la formation de pus dans la rate enflammée est extrêmemement rare. Voici les principaux traits propres à particulariser la phlogose aigüe de la rate ou l'hypersplénite : circonstances commémoratives de coups, de

chûtes, qui ont porté sur l'hypochondre gauche; douleur vive qui en a été le résultat; souvent au moment même, frisson plus ou moins violent, suivi de chaleur et de sueur. La douleur a persisté et la fièvre, revenant chaque jour à heure fixe, a parfois continué à reparaître. Au moment où on examine le malade, la rate offre une dimension de quatre, cinq, six ou sept pouces. Je ne l'ai pas vue dans la splénite être plus considérable. Son épaisseur n'est pas non plus portée très loin. La douleur qui parfois est très vive, très aigüe, qui gêne la respiration, comme le ferait une pleurite, augmente par la percussion, et correspond si exactement à la rate, que si on limite cet organe par la plessimétrie, on trouve que la douleur existe sur tous les points circonscrits par le limbe du viscère, tandis qu'à une ligne au-delà il n'y a plus de souffrance. Parfois cet état est accompagé de fièvre continue, d'autrefois on observe de la périodicité. On ne sait si cette différence tient à ce qu'il s'agit, soit de l'inflammation des enveloppes de la rate, soit de la phlogose de cet organe S'il se manifeste des abcès, il n'y a point ici d'autres signes que ceux qui sont communs aux collections purulentes formées partout ailleurs. Avant d'admettre l'existence d'une splénite, à l'aide des signes positifs précédens, il ne faut pas manquer de procéder dans son investigation par voie d'exclusion, et de reconnaître d'abord qu'il ne s'agit pas des états organo-pathologiques étudiés ailleurs : cardite (403), péricardite (408), pneumonite (1287), gastrite (1644), colite (1740); néphrite et péritonite; (*voyez* les paragraphes qui traitent des maladies du rein et du péritoine, etc.)

2021. *Splénalgie* (névralgie de la rate). Plusieurs cas qui s'y rapportent seraient encore facilement rap-

portés à la splénite. D'autres au contraire en sont bien distincts. Voici les caractères des cas les plus saillans : circonstances commémoratives de névralgies variées et principalement de métralgies, d'ovaralgies, à gauche, ou encore de métropathies variées et de maladies des voies urinaires. Coïncidences de ces divers états organo-pathologiques. Douleur aigüe quelquefois excessive, se déclarant presque toujours d'une manière périodique, revenant souvent le soir, ayant son siége principal, et parfois exclusif, sur le lieu où la percussion démontre la présence de la rate. Cette douleur s'étend parfois vers l'ovaire gauche, et remonte d'autrefois vers le thorax. Ailleurs, elle semble provoquer la sensation du globe hystérique. La rate n'était pas hypertrophiée dans plusieurs cas de splénalgie évidente, n'avait pas plus de trois pouces de haut en bas et son épaisseur était peu considérable. Il y a rarement des de frissons marqués, et plus rarement encore de fièvre intermittente légitime. A la splénalgie succèdent souvent d'autres névralgies qui alternent avec elles. Fréquemment malgré leurs souffrances, les malades atteints de cette affection conservent l'apparence de la plus brillante santé. La splénalgie a été très ordinairement confondue avec la névralgie brachio-thoracique. (Voyez t. 3, le diagnostic des névralgies).

2022. *Spléno-strumosie* ou *splénopathie tuberculeuse*, *spléno-sarcomie* ou *splénopathie cancéreuse* (affections tuberculeuse ou cancéreuse de la rate). Les caractères suivans nous paraissent les plus propres à établir le diagnostic difficile de ces affections : circonstances commémoratives de tubercules dans les poumons, les intestins, ou de cancers dans le sein, l'utérus, le testicule, l'estomac, le rectum, etc., faciès et syptômes généraux en rapport avec les maladies

strumeuses ou carcinomateuses; hypersplénotrophie; forme inégale mal des sinée, lobuleuse; sensations de bosselures, d'inégalité, de dureté (surtout s'il s'agit d'un cancer) dans le lieu occupé par la rate; abcès possibles, suite des tubercules existant dans le tissu splénique. Douleurs fréquentes et excessives dans certains cas de carcinomes. L'hypersplénotrophie, dans la splénite, ne cède pas au sulfate de quinine, ou n'y cède qu'incomplètement et l'organe reste longtems volumineux, dur, inégal, bosselé, bien que l'on ait recours à des saignées, des purgatifs, ou à des moyens locaux.

2023. *Fièvres intermittentes, fièvres d'accès, et fièvres intermittentes pernicieuses, etc.*; leur caractère pathognomonique consiste dans le retour à jour et souvent à heures fixes, d'accès fébriles consistant le plus souvent en frisson, chaleur et sueur; ces accès, à part de très rares exceptions, sont séparés par une intermittence et une apyrexie complètes. Ces fièvres sont souvent pour nous, symptomatiques de la splénopathie et principalement de l'hypersplénotrophie. Les circonstances commémoratives sont les mêmes que celles qui ont été indiquées à l'occasion de cette dernière. Les trois stades fébriles se développent d'ordinaire dans l'ordre suivant.

2024. 1° *Frisson* : celui-ci varie de force et de symptômes; tantôt il consiste dans un refroidissement à peine sensible, qui dure à peine quelques instans. Le plus souvent, au contraire, le malade éprouve lors du premier stade, une sensation de froid trés spéciale, qui ne se calme pas même auprès d'un grand feu ou dans un lit échauffé; si d'un côté le corps est élevé de température par la chaleur artificielle, vers un autre point, le frisson recommence; il reparaît au moindre mouvement, par suite de l'action du plus faible courant d'air, ou de la moindre cause.

Presque toujours il est accompagné de tremblement. Les muscles des membres sont alors agités de petits mouvemens, en partie volontaires, en partie convulsifs, rapprochés, saccadés, et qui ont une légère ressemblance avec les contractions des épileptiques; des mouvemens musculaires semblables existant dans les muscles des mâchoires, décident le claquement des dents. Le tissu de la peau semble se resserrer, et de petites saillies correspondant au tissu vasculaire qui entoure le bulbe des poils, forment des mamelons qui donnent au tégument l'aspect de la chair de poule. Ces frissons, avec ou sans tremblement, partent tantôt du dos, d'autres fois des extrémités inférieures ou d'un point quelconque du corps pour de là s'étendre aux autres parties de la surface du derme. Ils varient infiniment d'intensité; ils peuvent être portés jusqu'à un tel degré qu'il y ait un refroidissement véritable des plus marqués, et qu'ils sont accompagnés d'un tremblement tout-à-fait convulsif; leur durée varie de quelques secondes à un grand nombre d'heures. La fièvre dite *algide* est caractérisée par l'intensité extrême à laquelle la réfrigération est portée. Pendant le frisson, la peau et les capillaires sont en général pâles ou moins colorés; le pouls est petit, fréquent, serré; l'urine claire et abondante; la peau sèche : fréquemment il survient, comme effet ou comme coïncidence, une faiblesse ou une suspension dans l'action du cœur; de la gêne à respirer; des vomissemens; rarement une entérorrhée; de la céphalalgie, de l'abattement, un sentiment de brisement dans les membres, etc. Dans les *fièvres d'accès pernicieuses*, si bien décrites par Torti, Alibert, etc., les symptômes coïncidans dont il vient d'être mention prennent une forme névralgique, et se dessinent parfois avec une extrême

intensité. Il n'est pas un nerf qui ne puisse donner lieu à des symptômes très prononcés qui donnent à la fièvre pernicieuse l'épithète par laquelle on la désigne, (céphalalgique, apoplectique, cardialgique, gastralgique, etc.).

2025. Quelquefois le frisson est simple, continu depuis son commencement jusqu'à sa terminaison; d'autres fois il se renouvelle à plusieurs reprises, se calme pour revenir ensuite. On a parlé de frissons qui, sur des hémiplégiques, ne s'étaient déclarés que du côté sain. J'en ai vu de bornés à un seul membre.

2026. 2° *La chaleur* : elle succède tantôt brusquement, tantôt lentement, au frisson qui la précède. Il arrive même souvent que la chaleur paraît à un faible degré, puis le frisson revient un instant; la chaleur succède encore avec plus d'énergie, et ainsi de suite, à plusieurs reprises. Plus tard, le second stade est tout-à-fait développé. Alors la peau devient brûlante, la température est véritablement élevée; la peau cesse d'être inégale, mais est quelquefois sèche et âpre au toucher. Ce symptôme est par fois très exagéré dans les fièvres pernicieuses; en même temps le pouls est beaucoup plus développé, beaucoup plus plein, plus fort qu'il ne l'était auparavant; la respiration s'accélère; la céphalalgie augmente; la peau pâle, lors du frisson, est actuellement très colorée; la face surtout offre une rougeur remarquable, et la langue (au dessous des enduits variés qu'elle présente), les lèvres, les autres capillaires apparens ont aussi une teinte plus rouge que pendant le frisson. L'urine devient rare et foncée; il y a une soif vive; rarement les vomissemens continuent; mais s'il s'agit d'une intermittente pernicieuse, presque toujours la névralgie qui se complique avec l'accès simple, prend une intensité de plus en plus marquée. La durée de

la chaleur est variée; elle peut s'étendre de quelques minutes à quelques heures; elle est le plus souvent presqu'immédiatement suivie du troisième stade ou de la sueur, et parfois la chaleur et la transpiration se prononcent d'une manière simultanée.

2027. 3° *La sueur*, ainsi que la chaleur commence le plus souvent à se déclarer vers les points du corps les plus voisins des grands appareils circulatoires. Delà elle s'étend jusque vers les autres parties du tronc. Elle est générale et se borne très rarement, dans les fièvres intermittentes franches, à une portion isolée des tégumens. Elle varie infiniment en abondance. Sur certains sujets on trouve seulement le matin, que la peau est humide, visqueuse, onctueuse. Sur d'autres au contraire, une transpiration énorme s'établit, imbibe les draps, les couvertures et jusqu'aux matelas du malade; la sérosité coule par gouttelettes du front, de la poitrine; une athmosphère de vapeur sudorale, entoure le lit où le malade repose, etc. C'est surtout alors que le pouls acquiert de la force, de la plénitude, de la largeur, et parfois un caractère en quelque sorte ondulatoire; il semble que l'artère ait acquis une dimension infiniment supérieure à celle qu'elle avait pendant le frisson; l'injection de la face, de la peau, des capillaires apparens continue ou augmente; l'urine devient rouge, se trouble par le repos et le refroidissement et dépose le plus souvent un sédiment rougeâtre ou grisâtre, parfois très épais et très bourbeux. En même temps la céphalalgie diminue; le malade, d'abord accablé, mal à son aise, sent un sentiment de mieux-être se prononcer; les complications névralgiques qui avaient lieu dans les intermittentes pernicieuses, dont quelques-unes ont pour symptôme une sueur excessive, se calment aussi. Peu à peu, les

accidens cessent d'une manière plus ou moins complète.

2028. C'est alors que commence l'apyrexie. Celle-ci est presque toujours accompagnée d'un sentiment de brisement dans les membres; d'une faiblesse générale plus ou moins marquée. Aucune fonction ne donne en particulier de signes de souffrance; mais il y a un état de malaise qui persiste et souvent la céphalalgie continue. Dans les fièvres intermittentes pernicieuses, bien que le paroxisme soit terminé, le faciès reste profondément altéré, le malade se sent fort mal; il y a une sorte de stupeur, de découragement, d'altération et de langueur de l'intelligence qui n'échappent pas au médecin observateur.

2029. La durée de l'intermittence n'est pas toujours la même; cette durée varie en raison du type de la fièvre et de la longueur des accès. Elle n'est pas toujours la même dans les diverses périodes de la maladie. Tantôt il arrive qu'elle est plus longue dans les premiers temps que dans les derniers, et d'autres fois le contraire a lieu. C'est un bon signe quand elle devient de plus en plus longue; c'en est un mauvais quand elle devient de plus en plus courte. Il faut surtout, dans les fièvres intermittentes pernicieuses, se défier de celles où la durée de l'intermittence décroît beaucoup du premier au second accès, et du second au troisième. Elle menace alors de devenir *sub-intrante*, c'est-à-dire, que l'accès suivant se déclare avant que le premier accès ne soit entièrement accompli. Ces cas, si on ne les combat pas, par des doses élevées et promptement administrées des meilleurs fébrifuges, sont très souvent funestes.

2030. L'intermittence est plus ou moins complète, mais pour qu'on puisse dire qu'il existe vraiment une

fièvre intermittente, il faut que le mouvement fébrile *cesse à des époques* périodiques.

2031. L'époque à laquelle les accès reparaissent et la périodicité de cette réapparition décident du type de la fièvre intermittente et du nom qu'on lui donne. Elle est *quotidienne* quand un accès à lieu chaque jour; *double quotidienne* quand deux de ces accès se manifestent en vingt quatre heures; *tierce* quand un jour complet d'intervalle a lieu entre les accès; *double tierce* quand, à chaque période diurne, survient un accès; mais lorsque les accès se correspondent exactement de deux jours l'un; *tierce doublée* quand deux accès complets ayant lieu tous les deux jours, l'intervalle de 24 heures est toujours marqué pour l'intermittence; la fièvre est *quarte* quand il y a deux jours d'apyrexie séparant deux jours où se déclarent des paroxismes; *quintane* quand il y en a trois; *sextane* lorsqu'il y en six, etc; (ces derniers cas sont infiniment rares); *mensuelle* si des accès ont lieu chaque mois, etc.

2032. *Les caractères communs à toutes ces fièvres d'accès* sont : la périodicité, l'intermittence, les trois stades (1), la splénopathie et surtout l'hyhersplénotrophie.

2033. On ne voit pas que celle-ci soit plus marquée dans les tierces que dans les quartes, dans celles-ci que dans les quotidiennes. On ne saisit pas de variations de forme, d'épaisseur dans la rate qui corresponde à tel ou tel type. Celui-ci paraît être en

(1) Il faut avouer cependant que l'un des trois stades peut manquer, et que quelquefois il n'y a pas une succession des périodes dans l'ordre indiqué. C'est ainsi qu'on a vu à la Clinique des cas où la chaleur, la sueur avaient lieu, et où le frisson avait été imperceptible; et qu'ailleurs la chaleur précédait le frisson, puis la chaleur et la sueur se manifestaient.

général si peu en rapport avec des variations semblables, que l'état de l'organe splénique restant toujours le même, on voit survenir successivement des accès quotidiens, tierces et quartes; il semble que ces divers types tiennent soit à l'action de la cause, soit surtout aux phénomènes nerveux ou névralgiques qui se déclarent.

2034. Lorsque se manifestent des symptômes du côté du tube digestif (entérorrhée, entérite, etc.), du cœur (palpitations, troubles circulatoires), du foie (hyperhépatotrophie, etc.), du cerveau (encéphalohémie, etc.) Ce sont là des complications, des effets de l'hypersplénotrophie et de l'affection générale, des résultats du traitement employé, etc. Toutes les fois cependant que de tels accidens se prononcent à un très haut degré, et surtout qu'ils revêtent la forme névralgique, il faut y faire une extrême attention et considérer ce cas, et surtout le traiter, comme s'il s'agissait d'une fièvre intermittente pernicieuse.

2035. *Il y a ici un précepte qu'il ne faut jamais perdre de vue en diagnostic :* c'est que pour peu qu'il y ait de doutes sur le caractère pernicieux d'une fièvre intermittente, ou sur le cachet fébrile et pernicieux d'une névralgie, d'un écoulement ou même d'une phlegmasie, il vaut mieux admettre comme certain le diagnostic d'une fièvre intermittente pernicieuse, et la traiter en conséquence, que de rester dans une hésitation funeste. Le sulfate de quinine peut être donné avec fort peu d'inconvéniens à des doses élevées, même dans certaines phlogoses du tube digestif. Ce ne sera pas son emploi qui fera périr le malade; or, la fièvre intermittente pernicieuse peut causer souvent la mort, le sulfate de quinine est son remède le plus certain; donc pour assurer qu'il s'agissait d'une fièvre pernicieuse il faut ne pas at-

tendre que le troisième ou le quatrième accès ait compromis la vie.

2036. Dans le diagnostic des fièvres intermittentes pernicieuses, voici les principaux caractères propres à l'éclairer : 1° l'existence d'une épidémie semblable actuellement régnante ; 2° des circonstances de localité (endémies) qui produisent d'ordinaire ces affections : 3° la périodicité marquée des deux ou des trois premiers accès survenus ; 4° l'intensité remarquable et quelquefois le degré excessif auquel est porté un symptôme névralgique, phlegmasique ou un écoulement, etc. ; 5° l'état de stupeur extrême et l'apparence de terreur présentée pendant l'accès ; 6° l'altération profonde des traits et la continuation de la stupeur dans l'intermittence ; 7° la gravité croissante des accidens du premier au second paroxisme ; 8° le rapprochement successif, si la maladie se prolonge, observé dans les accès ; 9° la circonstance d'une fièvre intermittente antérieure qui vient à se compliquer d'un symptôme prédominant ; 10° la coexistence d'une hypersplénotrophie (2011) ou d'une splénalgie (2021) ; bien qu'il puisse arriver peut-être que ces deux symptômes manquent, il est d'une grande importance de rechercher ici quel est l'état matériel de la rate, organe que les observateurs ont souvent trouvé, à la nécroscopie, hypertrophié et congestionné jusqu'à la rupture. (Bally, Bailly, Trousseau, etc.)

2037. Il est peu de maladies qu'on puisse confondre avec les fièvres intermittentes simples. Dans la pyohémie fébrile chronique (fièvre hectique), il survient, le soir ordinairement, des frissons, des chaleurs, et surtout des sueurs ; mais les frissons sont très légers et la sueur, le plus souvent partielle, se manifeste avec abondance au front, à la poitrine,

etc. L'intermittence n'est pas complète, et le pouls est presque constamment fébrile; c'est une pyrexie rémittente et non pas intermittente. On trouve d'ailleurs les caractères anatomiques des lésions des poumons (1300), des intestins (1766) ou de la suppuration dans d'autres organes, et l'on ne rencontre pas l'hypersplénotrophie. On conçoit du reste qu'il peut y avoir co-existence d'états pathologiques des poumons, des intestins d'une part, et de la lésion de la rate de l'autre ; de là, la réunion possible d'une fièvre rémittente pyohémique, et d'une fièvre intermittente franche.

2038 Les accès complets qui se manifestent au nombre de deux, trois ou quatre, à la suite des maladies des voies urinaires ou des organes génitaux, ont pour caractères différentiels d'avec les fièvres intermittentes légitimes : 1° les symptômes physiques et fonctionnels de la souffrance des reins, des uretères, de la vessie, du canal de l'urèthre, etc., qui n'échapperont pas à une exploration attentive; 3° le peu de durée de la maladie ; 3° les circonstances antécédentes d'affections de l'appareil génito-urinaire, ayant dans certains cas occasioné déjà des fièvres du même genre; 4° l'absence d'hypersplénotrophie.

2039. Des considérations analogues, sont applicables aux affections intermittentes des organes sexuels de la femme ( ovaires et utérus principalement ), dans lesquelles il y a rarement des accès fébriles, mais seulement des douleurs périodiques qui pourraient en imposer parfois pour une affection primitive de la rate, parce que, comme nous l'avons vu, elles se propagent souvent vers l'organe splénique.

2040. Les accidens fébriles périodiques (frissons,

chaleur, sueurs), observés souvent dans l'entérite typhohémique et dans quelques autres affections, ne sont pas propres à ces maladies, mais à la coexistence d'une splénopathie reconnaissable, malgré la complication, à ses caractères spéciaux (2011).

### §. 3. *Exploration des reins et des uretères.*

2041. L'exploration des organes chargés de la sécrétion urinaire laisse, dans l'état actuel de la science, beaucoup à desirer. Un des hommes qui qui se sont livrés avec le plus de succès à de véritables études cliniques, publie actuellement un ouvrage qui remplira plus d'une lacune de cette partie importante de la pathologie. Il est évident que je viens de nommer M. le docteur Rayer.

2042. L'Inspection de la région rénale peut être faite en avant, en arrière et sur le côté. C'est seulement lorsque le rein a acquis un grand volume, qu'il fait saillir la région antérieure de l'abdomen correspondante à cet organe. Plusieurs malades qui portaient une néphrectasie urinaire ou purulente (distension du rein par le pus ou l'urine), présentaient sur les côtés de la face antérieure de l'abdomen, au niveau de l'ombilic et dans une large surface, à gauche, si la maladie avait son siége à gauche, à droite, dans le cas contraire, une tuméfaction fort appparente de la paroi abdominale. Pour mieux en juger, il fallait faire mettre les tégumens à décou-

vert, se placer en face du malade et examiner le ventre avec soin latéralement à la ligne médiane. — Sur le côté, lorsque le rein est augmenté de volume, on trouve que le flanc est plus saillant que cela n'a lieu sur le point du corps opposé. — En arrière, on observe aussi fréquemment dans les cas d'hypernéphrotrophie (augmentation de volume du rein) que du côté malade, latéralement à la colonne vertébrale, il y a une saillie remarquable de la région lombaire. On s'en aperçoit d'autant mieux, que l'on se place en face de l'épine dorsale, et qu'en tenant compte des courbures naturelles ou accidentelles qu'elle peut présenter, on examine comparativement les régions lombaires droite et gauche. Dans quelques cas de développement anormal du rein, j'ai vu une saillie remarquable se prononcer sur l'une de ces régions, y présenter une forme arrondie et s'étendre sur le côté et en avant. Dans la pyonéphrite (néphrite avec suppuration), des abcès, comme l'ont vu Chopart, M. Rayer et plusieurs autres, peuvent se prononcer et y donner lieu à une tumeur remarquable et à des ouvertures fistuleuses par lesquelles s'échappent du pus et des graviers. La forme des tumeurs considérables du rein, observable à l'extérieur, est en général arrondie, globuleuse, bosselée. Leur siége est inférieur à celui qu'occupe l'hypersplénotrophie, si elles sont à gauche ; et l'hyperhépatotrophie, si elles se manifestent à droite. Ayant lieu plus haut que celles des ovaires, elles occupent ordinairement soit le flanc droit, soit le flanc gauche : elles se propagent beaucoup plus antérieurement que ne le font les tumeurs de la colonne vertébrale, qui sont d'ailleurs situées plus en dedans et accompagnées

fréquemment d'une déviation prononcée et d'une saillie plus ou moins marquée de quelques-unes des apophyses épineuses.

2043. Il faut avouer, du reste, que ces caractères des tumeurs des reins, déduits du siége qu'elles occupent, peuvent facilement et fréquemment induire en erreur : car ces organes hypertrophiés sont en même temps susceptibles de se déplacer ; car l'augmentation de volume peut être partielle et se diriger d'avantage en haut ou en bas que cela n'est habituel. Enfin, les tumeurs du foie, de la rate, des ovaires, etc., peuvent aussi être partielles, lobulées, et venir faire saillie sur les points où d'ordinaire l'hypernéphrotrophie est observée.

2044. La Palpation de la région rénale exige beaucoup de soin et d'habitude. D'abord on la pratique en avant : pour cela, il est plusieurs positions que l'on peut donner au malade. On le fait placer sur le dos, de la même façon que pour les autres organes abdominaux (456, 1572) ; d'autres fois, comme l'a proposé M. Cruveilhier, le corps du malade repose sur les genoux et les coudes assez rapprochés les uns des autres pour que les muscles de l'abdomen soient mis dans le plus grand relâchement possible. Le corps de la personne qu'on examine peut aussi être placé sur le côté opposé à celui qu'on veut explorer. Il est encore utile de plonger le malade dans le bain, ce qui permet quelquefois de mieux palper sous l'eau l'état des parties du ventre profondément placées.

2045. Quelle que soit la position prise par le malade, il faut, avant toute chose, avoir bien constaté par la palpation et la plessimétrie, quels sont le siége, la forme, l'étendue, les rapports du

foie (1890), de la rate (1791), des tumeurs accidentelles de l'épigastre, de l'utérus, des ovaires. Il faut se rappeler de la manière dont le rein est profondément placé de chaque côté de la colonne vertébrale, au-dessous du foie à droite, et de la rate à gauche, viscères qu'il touche souvent par en haut, ce qui empêche trop souvent de le limiter.

2046. Quand on déprime et qu'on palpe très profondément l'abdomen, il faut prendre les mêmes précautions que celles qui ont été indiquées pour l'aorte (456), et en même temps qu'une des mains est placée antérieurement sur le ventre, l'autre doit être portée en arrière, sur la région lombaire. On a, de cette façon, un moyen de juger approximativement de l'épaisseur de la glande rénale située entre les deux mains destinées à l'examiner.

2047. Or, à l'aide de ces divers procédés d'investigation, et tantôt en pressant, tantôt en exécutant de légers mouvemens latéraux et en faisant glisser légèrement les mains et les viscères sur les reins que l'on cherche à explorer, on arrive souvent à des résultats importans :

2048. 1° On juge assez exactement, par la palpation, du volume, de la forme, de l'étendue de la tumeur constituée par le rein malade.

2049. 2° On saisit les bosselures qu'il présente souvent à sa surface, et qui sont souvent remarquables dans certains cas de néphrectasie urinaire.

2050. 3° On reconnaît très bien son extension latérale et quelquefois aussi ses rapports avec le foie, la rate, etc., préalablement limités.

2051. 4° Par des pressions ménagées, on apprécie la dureté, la mollesse, l'élasticité, la résistance,

la fluctuation, etc, que peuvent présenter généralement ou partiellement les diverses altérations de texture que le rein peut offrir.

2052. 5° Par le même moyen, on juge aussi d'une sensation d'empâtement de la région lombaire et des côtés de l'abdomen, qui a été notée par les auteurs, comme propre à certaines tumeurs rénales, surtout lorsqu'elles ont de la tendance à se terminer par des abcès.

2053. 6° Par des pressions ménagées, on apprécie la douleur que ces pressions éveillent dans la tumeur.

2054. 7° Par la distance qui sépare les deux mains placées sur des points opposés de l'hypernéphrotrophie, on peut juger approximativement de l'épaisseur de celle-ci, et de la facilité avec laquelle elle cède aux doigts qui la dépriment.

2055. La palpation des uretères se fait de la même manière et avec les mêmes précautions que celle du rein. Seulement ici, ce n'est plus dans la région lombaire qu'il faut diriger ses recherches, mais encore dans la direction d'une ligne qui, partant antérieurement des côtés de la colonne vertébrale, se porterait en bas latéralement à la vessie. Les tentatives d'exploration se feraient de haut en bas pour suivre, s'il était possible, la saillie que pourrait accidentellement former ce conduit, et d'un côté à l'autre, pour chercher à sentir la tumeur cylindroïde qui constituerait l'uretère dilaté. Ce n'est guère que sur les sujets très amaigris, à parois abdominales très molles et fort minces, que l'on peut espérer parvenir à apprécier de cette sorte une uretérectasie (dilatation de l'uretère). Il faut même, pour

qu'on puisse saisir cette tumeur, qu'elle soit arrivée à un degré avancé de développement.

2056. L'uretérectasie aurait pour caractères de palpation : une tuméfaction plus ou moins considérable existant de chaque côté de la colonne vertébrale ; une mollesse plus ou moins marquée, une forme cylindroïde (si un obstacle au cours de l'urine existait près de la vessie, et si la dilatation par l'urine avait lieu dans une grande étendue), ou une apparence plus globuleuse (dans le cas où cet obstacle serait plus voisin du rein). Il peut arriver qu'un calcul *très volumineux* (et c'est presque toujours un calcul qui produit l'empêchement au cours urétéral de l'urine) mette obstacle dans le conduit excréteur du rein au passage de l'urine. Alors, la palpation, *faite avec un soin extrême*, pourrait, *peut-être*, sur des sujets à parois abdominales très flasques, permettre de découvrir ce corps étranger. On serait surtout dirigé dans cette recherche par la tumeur formée au-dessus de l'obstacle par l'uretérectasie que cet obstacle aurait causée.

2057. Dans le cas où une fistule, suite d'un abcès rénal ou de la néphrotomie, permettrait à un stylet boutonné d'arriver jusqu'à une cavité formée dans le rein, ou près de lui, la Palpation médiate ou le cathétérisme pourrait être pratiqué et servir à faire reconnaître des calculs, des fongosités, des indurations, etc. On ne peut donner de règles absolues à ce sujet, et ce serait à la sagacité de l'explorateur à se comporter en raison des cas particuliers qui se présenteraient.

2058. La Fluctuation, proprement dite, se trouve quelquefois dans les tumeurs du rein, et on la découvrirait à coup sûr dans l'uretère dilaté,

si celui-ci était accessible à ce moyen d'investigation. Dans les tumeurs rénales, la fluctuation est souvent obscure. La raison en est que ces tumeurs sont le plus souvent multiloculaire. Si la cavité qu'elles circonscrivent était unique, ou si une loge principale existant, les autres, étaient beaucoup plus petites, la fluctuation pourrait être plus manifeste. Ceci est fort important à noter, relativement aux opérations que l'on croirait pouvoir tenter sur la partie affectée. Il ne faut pas oublier que la fluctuation périphérique (1335) pourrait ici avoir de l'avantage et permettrait de constater l'accumulation isolée de liquides dans diverses parties du rein. Ajoutez encore que le sentiment de flot, communiqué à la main par le doigt qui percute, sera d'autant plus apparent, d'autant plus facile à saisir, que les parois du kyste ou des kystes formés dans les reins, seront plus minces, plus tendues, et que le liquide qu'elles contiendront sera moins épais, moins mêlé de substances demi-solides, et que sa masse sera séparée par moins de cloisons.

2059. La Percussion des reins ne peut guère être pratiquée avec quelque avantage que médiatement et surtout avec le secours du plessimètre. Il faut d'abord, lorsqu'on veut y avoir recours limiter très exactement en avant, sur le côté, et s'il se peut en arrière, le foie, la rate, et surtout, les points de l'abdomen où ces organes cessent de correspondre. Très souvent la limitation du foie et même de la rate en arrière et en bas est impossible, parce que ces organes touchent aux reins, circonstances éminemment défavorables pour établir le diagnostic anatomique de ceux-ci.

2060. On remédie jusqu'à un certain point, et

dans quelques cas, à cet inconvénient à l'aide du procédé suivant : dans l'intention d'éloigner du rein le foie à droite et la rate à gauche, les mains d'un aide élèvent les viscères en pressant de bas en haut sur l'abdomen du sujet de l'expérimentation. Par cette manœuvre, ces organes mobiles sont soulevés; le rein au contraire, fixe dans sa position, et circonscrit par des anses d'intestins sonores, peut être reconnu, à l'aide du plessimètre, par le son mat auquel il donne lieu.

2061. On peut encore avoir recours ici à l'appréciation de la forme du foie et de la rate, sur les points où ils ne touchent pas au rein, pour juger (approximativement il est vrai), du lieu où les premiers de ces organes correspondent à celui-ci. Ainsi, par exemple, lorsque la figure qu'on aura tracée du foie, en avant et sur le côté, aura été très exactement dessinée, on pourra facilement supposer, au moins dans le plus grand nombre des cas, du sens dans lequel devra se prolonger en arrière et en dedans le reste de la circonférence de la glande hépatique en rapport avec le rein droit.

2062. Pour bien percuter le rein, il faut encore avoir le soin de soumettre le malade, pendant les vingt-quatre heures qui précéderont l'exploration, à une abstinence assez sévère, sans cela il y aurait à craindre, au moment de l'examen, que l'estomac ou le duodénum renfermassent des alimens dont la matité pourrait en imposer pour celle à laquelle le rein donne lieu. Dans une intention toute semblable, il est non moins utile de faire prendre un purgatif. On vide alors les gros intestins des matières dures qu'ils pourraient contenir, et le rein isolé, autant que possible, devient plus accessible aux moyens d'exploration.

2063. Il faut toujours, lorsqu'on veut percuter les reins, commencer par palper l'abdomen et les flancs, et comparer les résultats de la palpation avec ceux de la plessimétrie ; ces deux moyens s'éclairent l'un par l'autre, et se donnent réciproquement de la certitude.

2064. La plessimétrie rénale peut se pratiquer en avant, sur le côté, ou en arrière.

2065. 1° En avant, le malade étant placé sur le dos, comme il a été dit précédemment (1890), on percute au-dessous du foie et de la rate à la hauteur d'une ligne verticale qui correspondrait au mamelon; on déprime profondément les parois abdominales, et on cherche à découvrir si le son qu'on obtient ne devient pas mat, de clair qu'il était superficiellement. Cette matité peut être en rapport avec le rein ou avec des parties engorgées, remplies de matières, etc.; mais s'il arrive qu'on la retrouve seulement assez profondément pour que l'espace qui sépare le point où on parvient à la saisir, ne soit séparé de la surface correspondante des lombes que par une étendue en rapport avec la dimension normale du rein et des tissus interposés, il en faut déduire que celui-ci n'est pas hypertrophié. Cette conclusion devient encore beaucoup plus évidente si, à quelque profondeur que le plessimètre soit porté et percuté, on continue à trouver toujours un son tympanique. Tout au contraire, si de la matité et de la résistance au doigt se trouvent dans la région antérieure de l'abdomen correspondante aux reins, et cela lorsque la plessimétrie a peu déprimé les parois ; si l'espace qui sépare le lieu occupé par ce son mat est très distant de la surface lombaire postérieure, il en faut déduire au moins qu'un corps solide est situé sur ce point. Resteront aux symptômes coïncidans des ma-

ladies des voies urinaires, à la palpation, etc., à préciser davantage la nature de cette masse consistante.

2066. Par l'étendue dans laquelle la matité profonde propre aux reins se manifestera, par la circonscription plus ou moins exacte que la sonoréité des intestins voisins permettra de déterminer alentour, on pourra quelquefois juger des dimensions des reins dans le sens de leur hauteur et dans celui de leur largeur. Le degré de résistance qu'ils donneront au doigt qui percutera, pourra aussi fournir quelques notions sur le degré de consistance des tumeurs du rein examinées antérieurement.

2067. 2° L'examen plessimétrique des reins sur le côté n'est guère utile que lorsque cet organe a acquis une grande dimension; du reste la plupart des considérations précédentes sont ici complétement applicables.

2068. 3° La percussion médiate du rein en arrière exige presque constamment l'emploi du plessimètre.

2069. Pour la pratiquer convenablement, le malade est couché à plat sur le ventre qui repose lui-même sur un plan légèrement élevé et propre à le comprimer. De cette sorte, les intestins sont refoulés en arrière et permettent, à l'aide des sons tympaniques qu'ils fournissent, de mieux apprécier la matité du rein; dans cette position aussi, les muscles lombaires sont mis dans le relâchement, ce qui est d'une haute importance, pour donner aux résultats qu'on obtient plus d'évidence et de certitude. Alors on peut cependant, bien qu'avec moins de succès, lorsqu'il s'agit de la percussion des reins, faire asseoir le malade ou le tenir debout.

2070 Lorsqu'on veut percuter les reins en arrière, il faut déprimer avec un certain degré de force à l'aide du plessimètre, la masse considérable de mus-

cles qui remplit les régions lombaires. Sans cette précaution on n'obtiendrait presque aucun résultat.

2071. Dans l'état normal, la région lombaire donne de chaque côté de l'épine dorsale, un son mat dans un espace dont l'étendue transversale varie en raison des dimensions naturelles du rein et de l'épaisseur de la colonne vertébrale elle-même. En général, la dimension de cet espace est de deux pouces à deux pouces et demi de chaque côté et c'est à une distance égale de la saillie longitudinale formée par la rangée des épines vertébrales, que les sons tympaniques propres aux intestins remplis de gaz, sont obtenus. On les rencontre à peu de distance au-dessous des côtes asternales, et au-dessus de la crête de l'os des îles. Pour les obtenir, le plessimètre doit encore une fois être porté le plus profondément possible; on saisit de cette sorte, avec une grande perfection, les points où les reins cessent d'être en rapport, et ceux où les intestins commencent à se trouver. Il est beaucoup plus difficile d'apprécier quel est par en bas, le lieu où le son du rein cesse de correspondre. En effet, la crête de l'os des îles, lorsque l'organe s'étend très inférieurement, gêne l'examen qu'on veut faire et ne permet pas de tracer une limitation exacte.

2072. La *percussion des urètères dilatées* se pratique de la même manière que celle du rein et suivant la direction dont il a été parlé à l'occasion de la palpation (1890, 2065). Dans l'état normal il est évident que la percussion ne peut en aucune façon donner d'indices propres à constater la présence de ces conduits. Dans les cas d'uretérectasie (dilatation de l'urétère), portée à un haut degré, il est évident qu'on pourra trouver profondément dans la direction indiquée, de la matité sans résistance au doigt. La largeur de l'espace occupé par celle-ci correspondra au degré

de la dilatation; la forme de cet espace, dessinée par la percussion, sera allongée. M. Rayer qui suit toujours la marche progressive de la science, a constaté sur le vivant ces résultats plessimétriques que j'avais considérés, théoriquement, comme devant avoir lieu dans des cas pareils, *percussion médiate*, p. 232, et il a reconnu par la percussion médiate, l'uretère dilaté, à l'aide du son mat auquel il donnait lieu. Il faudrait qu'un calcul du rein ou de son conduit d'excrétion fût énorme pour que la percussion médiate fournisse quelques signes en rapport avec sa présence.

2073. Résumons les principales applications pratiques auxquelles conduisent les résultats précédens: 1° on peut juger dans beaucoup de cas, par la plessimétrie, des dimensions des reins ; — 2° lorsque l'un d'eux est hypertrophié, il est facile de constater la réalité et le degré de l'hypernéphrotrophie. MM. Bally, Rayer et moi, nous avons, dans un grand nombre de cas, reconnu l'augmentation de volume du rein par l'étendue et le degré de la matité de cet organe observés d'un côté, tandis que de l'autre côté l'obscurité du son rénal n'avait lieu que dans l'étendue ordinaire. Cette appréciation des degrés divers de l'hypertrophie du rein, est d'autant plus utile, que dans plusieurs des espèces de néphrite uro-albumineuse signalées par M. Rayer, il y avait hypernéphrotrophie plus ou moins considérable; (1) — 3° c'est par une extension d'un, de deux, de trois ou quatre pouces dans l'étendue de l'espace où le son mat est obtenu; c'est en tenant compte de l'envahissement du flanc et de la région abdominale antérieure

(1) Il est évident que pour établir le diagnostic on s'est aussi servi dans ces cas des autres moyens d'exploration, et qu'on les a comparés aux résultats de la percussion.

par la matité, que l'on apprécie le degré auquel l'hypertrophie rénale est portée ; — 4° la dureté ou la mollesse que le doigt ressent en percutant font juger, non seulement de la densité générale des reins, mais encore de celle qu'ils présentent sur les points divers de leur étendue; — 5° par le son très clair de la région rénale ou par les petites dimensions de l'espace occupé par la matité, on peut présumer que le rein est atrophié ou qu'il n'est pas situé sur le lieu où il se rencontre d'ordinaire. Cette dernière supposition acquierra plus de valeur si la palpation et la percussion font reconnaître ailleurs la présence du rein ; — 6° dans l'hydropéritonie, en plaçant le malade sur le ventre, les intestins remontent vers les lombes et permettent d'autant mieux de circonscrire le rein, qu'alors les gaz les distendent. Ce résultat est d'une haute importance dans la néphrite uro-albumineuse, qui est si souvent compliquée d'hypernéphrotrophie et d'hydropéritonie ; — 7° dans l'hématurie il est très utile d'apprécier par la percussion, le volume du rein hypertrophié ; car cette connaissance peut conduire à diagnostiquer l'existence d'une *hémonéphrorrhagie* (hémorrhagie rénale) ; — 8° la percussion fournit dans l'uretérectasie portée très loin, une matité remarquable qui suit le trajet connu des uretères, et cette matité peut contribuer à établir le diagnostic de cette affection ; — 9° la plessimétrie sert encore à établir les rapports existans entre les tumeurs formées par le rein et les autres organes abdominaux. C'est ainsi que dans un cas vu en ville par M. le docteur Rayer et par moi, il nous fut possible de reconnaître pendant la vie et après la mort avant l'ouverture du cadavre, qu'une anse d'intestin se rencontrait antérieurement entre le foie et la tumeur. Certes ce caractère était très précieux, car il éloignait

de l'idée qu'on aurait pu se former d'une tumeur appartenant au foie, et il portait ainsi à admettre que la maladie dépendait du rein.

2074. La Mensuration plessimétrique vient d'être étudiée, mais on peut encore, pour apprécier le volume d'une tumeur rénale, mesurer les deux flancs comparativement l'un à l'autre. Pour cela, on trace une ligne verticale sur la ligne médiane, puis une autre ligne sur les épines lombaires.

2075. On a ensuite le soin de tenir compte des courbures naturelles ou accidentelles de la colonne vertébrale. L'étendue de la circonférence abdominale comprise entre les deux marques que l'on a tracées est ensuite exactement mesurée ; la différence qui existe d'un côté à l'autre donne approximativement la mesure de l'accroissement de la glande chargée de secréter l'urine. Remarquez cependant qu'une foule de circonstances particulières, et indépendantes de l'état du rein, pourraient influer sur la dimension que l'on obtiendrait. De ce nombre seraient : l'hypertrophie du foie ou de la rate ; une hydropleurie ; une tumeur abdominale ; une hydro-péritonie qui dilaterait le ventre d'une manière égale des deux côtés. Il faut donc, avant de tirer quelques conclusions diagnostiques de la mensuration du rein, commencer par bien déterminer que les affections précédentes ne co-existent pas ; les mêmes remarques sont applicables aux résultats que donnent les procédés de mensuration suivans :

2076. On peut, dans les tumeurs rénales, mesurer l'espace qui sépare le bord inférieur de la dernière ou de l'avant-dernière côte asternale, de la crête de l'os des îles, et cela, soit en avant soit en arrière. Lorsque l'un des côtés est beaucoup plus étendu que l'autre, il en faut généralement déduire (lorsque

l'épine n'est pas déviée), qu'il y a quelque augmentation de volume dans une des parties situées dans le flanc correspondant. Mais ce n'est que par des signes plus positifs qu'il est possible de déterminer qu'il s'agisse ici d'une tumeur rénale. Cette mensuration pourrait tout au plus donner quelques notions sur le degré de celle-ci.

2077. On conçoit que l'écartement des dernières côtes, plus prononcé d'un côté que de l'autre, pourrait aussi donner sur les tumeurs du rein quelques documens, d'ailleurs fort secondaires.

2078. Enfin il est un procédé de mensuration bien autrement important dont on peut se servir pour apprécier l'épaisseur du rein. Il consiste à déterminer d'abord par la percussion le point où profondément le rein donne en avant la matité qui lui est propre, et à porter alors une des extrémités d'un compas d'épaisseur sur la plaque d'ivoire, tandis que l'autre extrémité est appliquée sur la surface lombaire correspondante. De cette manière, et en déduisant l'épaisseur probable des parois, on aurait une bonne mesure du volume du rein. Déjà nous avons proposé ce procédé pour l'aorte abdominale (457).

2079. L'AUSCULTATION ne peut le plus souvent donner, dans l'examen du rein, que des signes propres à faire reconnaître la présence ou l'absence d'affections des poumons, des plèvres ou du cœur. Toutefois voici quelques cas où l'on pourrait admettre, *a priori* et avec certitude, qu'elle fournirait des résultats utiles : 1° si des calculs plus ou moins nombreux existaient dans le rein et venaient à se toucher les uns les autres, et si l'on auscultait le rein malade en même temps qu'on le palperait ou qu'on le percuterait, il en résulterait

infailliblement un bruit perceptible à l'auscultation. Ce bruit serait en rapport avec le choc que ces calculs produiraient les uns sur les autres; 2° des considérations toutes semblables sont applicables aux uretères dans lesquelles plusieurs pierres se trouveraient placées (1); 3° si une fistule rénale était établie à l'extérieur et permettait à l'air de pénétrer dans la tumeur, le stéthoscope appliqué sur l'abdomen pourrait y découvrir des bruits spéciaux en rapport avec la présence du fluide élastique et des liquides; 4° si cette fistule pouvait livrer passage à un stylet boutonné, celui-ci en heurtant un calcul existant dans la masse malade, donnerait lieu à un bruit perceptible à l'auscultation, etc.

2080. L'examen des liquides fournis par le rein, à part les cas de fistules rénales, de renversement congénital, ou d'ouverture accidentelle de la vessie, etc., ne peut être fait que sur le liquide qui a traversé la vessie, l'urèthre, et qui, par conséquent, a pu être mêlangé, soit avec l'urine formée par l'autre rein, soit avec les humeurs variées auxquelles le réservoir urinaire, son conduit excréteur ou les glandes qui y sont annexées donnent naissance. Cet examen, qu'il s'agisse des maladies de l'appareil urinaire, ou des affections du sang, ou des autres organes, est de la plus haute importance, et il est convenable de s'occuper avec beaucoup de soin des parties de cet examen qui se rapportent au diagnostic.

2081. D'abord la manière dont l'urine s'écoule

(1) Il pourrait peut être en arriver ainsi pour les calculs de la vésicule du fiel ou des conduits hépatiques, alors qu'ils sont nombreux et très durs.

au dehors doit être notée; mais comme cette partie de l'exploration se rapporte plutôt aux fafections de la vessie et de l'urèthre qu'à celle du rein, nous renvoyons pour l'appréciation du mode d'excrétion définitive de l'urine aux paragraphes qui traiteront de ces affections.

2082. Pour bien apprécier les propriétés physiques de l'urine, il faut d'abord se donner garde de procéder à son inspection alors qu'elle est contenue dans des vases opaques, et surtout dans des récipiens de métal où elle ait séjourné. Les altérations chimiques qu'elle aurait pu éprouver dans ce cas, par suite du contact prolongé de l'air ou des métaux, pourraient avoir altéré ses propriétés physiques. On la recueillera dans des verres à patte semblables à ceux dont on se sert dans les laboratoires, et présentant, sur un des points de leur bord, un gouleau qui permette une décantation facile et sans secousses.

2083. L'espèce d'urine que l'on veut examiner, et le temps le plus convenable à partir du moment où elle a été excrétée pour procéder à cet examen, varient suivant les propriétés de l'urine qu'il s'agit d'apprécier.

2084. Si l'on veut juger de l'état de limpidité, de coloration, etc., de ce fluide, il faut en général procéder à l'inspection de celui-ci le matin, lorsque ses matériaux constituans sont très rapprochés, lorsqu'il vient d'être excrété et qu'il n'y a pas encore de sédiment de formé. Si on le recueille dans le jour, il faut tenir compte : de la quantité des boissons qui ont été ingérées; de l'espèce d'alimens dont on a fait usage et des substances médicamenteuses, odorantes ou propres à modifier puissamment l'urine que les malades auraient pu por-

ter dans les voies digestives (les asperges, la garance, les framboises, la rhubarbe, etc.) Si l'on veut, au contraire, apprécier les sédimens que l'urine contient, on fera conserver, pendant quelque temps, l'urine dans les vases destinés à la recueillir; mais il faut que ce temps ne soit pas assez prolongé pour que le liquide soit chimiquement altéré. Une heure de repos suffit pour que les sédimens soient parfaitement déposés. Si l'on doit examiner ceux-ci isolément, si l'on désire surtout conserver, pour une exploration attentive, les graviers déposés au fond du vase, il faut filtrer avec soin. On examinera aussi au microscope les matières que l'urine aura pu déposer, soit qu'on le fasse en les laissant suspendus dans le liquide urinaire; soit qu'on place, dans un porte-objet, quelques gouttes d'eau distillée, tenant en suspension le sédiment urinaire; soit enfin qu'on procède directement à l'examen micrographique de celui-ci. Pour juger de la densité de l'urine, il est bon de se servir d'un pèse-sels, et pour apprécier sa chaleur, d'avoir recours à un thermomètre centigrade. Il est évident que cette dernière recherche ne peut avoir quelque résultat qu'au moment même où l'urine vient d'être excrétée.

2085. La quantité d'urine formée dans un temps donné, est dans l'état normal, proportionnée, 1° à la proportion des substances aqueuses qu'on a prises par le tube digestif; 2° à celle de la vapeur d'eau absorbée par le poumon; 3° à l'abondance des transpirations pulmonaire et cutanée, etc. Elle est plus grande en hiver qu'en été, dans une athmosphère chaude que dans un lieu dont la température est basse.

2086. Dans les cas pathologiques, la quantité

d'urine formée est souvent fort peu en rapport avec les circonstances précédentes. On va voir combien il est important d'en tenir compte en diagnostic. Cette quantité est parfois énormément augmentée, sans que le malade boive plus qu'à l'ordinaire. Franck a vu en rendre cinquante livres dans les vingt-quatre heures. — Une augmentation notable dans la proportion d'urine, est parfois l'unique symptôme de la maladie à laquelle on donne le nom de diabétès, et qu'il est plus logique d'appeler *hyperurorrhée*. Si l'on ne prend pas le soin, en interrogeant le malade, de le questionner sur l'abondance de l'urine, on peut méconnaître complétement l'affection dont il s'agit, et des méprises de ce genre sont journalières. — Ailleurs, la diminution dans l'urine formée dans les vingt-quatre heures, est un symptôme qu'il ne faut pas négliger, en ce sens qu'il correspond à des sueurs abondantes qui s'établissent, à des collections séreuses qui se forment, à des affections des reins, de la vessie, etc. — S'il arrive que l'urine se supprime, il en faut rechercher la cause organique. (*Voyez* plus loin les signes physiologiques). — Lorsque, dans une hydropisie, il arrive que l'urine est en petite quantité, ce symptôme est mauvais. Lorsque cette quantité devient plus considérable, c'est en général un bon signe. — Dans certaines cardiopathies, où la circulation est momentanément très embarrassée, un flux copieux d'urine, survenu tout à coup, calme souvent, ou fait même dissiper les accès. *Le Bulletin clinique* renferme un fait de ce genre, des plus curieux et observé par M. Marjolin et par moi (nº 162).

2087. L'urine, dans l'état normal, est transparente, avec une teinte citrine plus ou moins pro-

noncée, et qui l'est d'autant plus que ce fluide a séjourné davantage dans la vessie, que le malade a moins bu, pris une plus grande quantité d'alimens secs et a transpiré par les poumons ou la peau dans des proportions plus grandes. D'après ces dernières raisons, et toutes choses étant égales d'ailleurs du côté de l'alimentation, des boissons, etc., l'urine est plus foncée en couleur en été qu'en hiver, et dans les climats chauds que dans les froids. Dans certains cas, son apparence est presque complétement celle de l'eau, et il faut alors qu'elle soit réunie en de grandes masses pour présenter une très légère teinte jaunâtre ou jaune-verdâtre. D'autres fois, au contraire, sa coloration est si foncée, qu'elle ressemble assez bien à celle de la plus forte bière. Cette teinte est toujours plus ou moins jaunâtre ou brune, et ne doit pas être confondue, comme il arrive souvent que les malades le font, avec la couleur rouge-vermeille ou noirâtre du sang, couleur dont nous parlerons bientôt. En général, l'extrême limpidité de l'urine annonce que ce liquide s'est formé promptement et dans d'assez grandes proportions; qu'il a peu séjourné dans ses voies d'excrétion; que le malade a beaucoup bu ou beaucoup absorbé, soit par les poumons aux dépens de la vapeur de l'air, soit par la peau, plongée dans un bain, soit par des parois de cavités intérieures où des injections ont été faites et des fluides résorbés, etc. Cette limpidité annonce encore que les sueurs ont été nulles, ou du moins peu abondantes. De là vient que lors du frisson des fièvres d'accès, l'urine est souvent très claire, qu'il en arrive ainsi dans toutes les affections où l'on sue peu (encéphalopathies, névropathies, etc.). La teinte foncée de l'urine indi-

que au contraire, 1° que ce liquide a séjourné dans les organes chargés de son excrétion; c'est ainsi qu'elle est des plus colorée à la suite d'une rétention qui a duré quelque temps; 2° que le malade a peu bu, ou du moins qu'il n'a pas transpiré en raison de la déperdition de sa sueur; 3° que la transpiration a été abondante; 4° qu'il y a eu, vers quelque organe, un dépôt plus ou moins considérable de sérosité. De ces circonstances, résulte que souvent l'urine est très colorée, très brune dans les périodes de chaleur et surtout de sueur des fièvres d'accès. Baglivi regardait une couleur trop foncée de l'urine comme d'un fâcheux pronostic : « *in curatione febrium*, dit-il, *nullas vidi pejoras urinas quam nimiùm rubras.* » (*De urina in acutis*, p. 71.)

2088. La teinte de l'urine peut être rouge vermeille. A part les cas rares où ce liquide est coloré par la garance, le bois de campêche, la racine de fraisier, les framboises, les mûres, etc., et où les circonstances commémoratives peuvent faire reconnaître la cause de cette coloration, c'est à la présence du sang dans l'urine qu'il faut rapporter cette couleur. Cette teinte rouge, produite par le sang, qui du reste est toujours un peu différente de celle qui est causée par des substances étrangères qui teignent l'urine, varie (en raison des quantités de fluide sanguin que l'urine contient), depuis la nuance rouge la plus légère, jusqu'à un aspect complétement sanglant, vermeil ou noirâtre. Une telle coloration indique le plus souvent, en conséquence, qu'il s'agit d'une hémorrhagie de quelque point de l'appareil urinaire.

2089. La teinte de l'urine peut être presque orangée; ceci a principalement lieu dans l'ictère, et nous

avons fait mention ailleurs de la valeur diagnostique de ce symptôme qui, le plus souvent, est en rapport avec un obstacle mécanique au cours de la bile (870, 1854). M. Braconnot a rencontré dans l'urine rouge-orangée d'un ictérique, la matière jaune foncée de la bile.

2090. On a trouvé quelquefois l'urine colorée en bleu ; M. Julia en a cité un remarquable exemple. Le sujet de cette observation, âgé de 15 ans, avait avalé de l'encre. MM. Majou et Cantu avaient déjà observé chacun un fait du même genre. M. Julia qui cite ces observations, attribue à la présence du cyanure de fer la coloration bleue de l'urine que M. Guibourt rapporte à la présence du gallate de fer. Du reste, MM. Garnier et Delens, Braconnot, Spangenberg, etc., ont observé aussi des urines bleues, et les rapportent à des principes colorans différens de ceux qui viennent d'être cités. Jusqu'à présent on ne connaît aucun état organo-pathologique en rapport avec la teinte bleue de l'urine.

2091. L'urine est fréquemment trouble au moment même où elle est excrétée ; elle offre même quelquefois alors une apparence lactescente qui, plus tard, se dissipe aussitôt qu'un sédiment se forme, et ce sédiment est alors du mucus ou du pus. Cet état de l'urine est ordinairement en rapport avec des maladies, plus ou moins graves, des voies urinaires.

2092. L'urine conservée pendant quelque temps, se sépare fréquemment en plusieurs couches (Double); l'une d'elles, superficielle (le nuage), quelquefois d'apparence huileuse et irrisée, avait pour les anciens beaucoup plus d'importance séméiologique que pour les modernes. On peut en

dire autant de l'*énéorème ;* celui-ci n'est autre chose qu'une substance trouble suspendue dans l'urine, formée vraisemblablement par du mucus tenant en suspension quelques portions du *sédiment* dont il va être parlé. Pour examiner celui-ci, on peut l'étudier : 1° lorsqu'il est encore déposé au fond du vase, et pour cela il suffit de le regarder à travers les parois du verre où il a été conservé ; ce procédé est celui qu'on se borne le plus souvent à suivre ; 2° d'autres fois on décante l'urine qui surnage, et on observe alors directement l'apparence et la nature du précipité. Cette expérimentation est fort utile et fait parfois reconnaître au sédiment de l'urine les caractères du véritable pus ; 3° d'autres fois enfin, on filtre ce sédiment et on le dessèche, précaution utile à prendre lorsqu'on veut procéder à l'analyse chimique de ces matières sédimenteuses. L'urine dépose encore parfois des *sables*, des *graviers* et de *petits calculs* sur la nature et la signification diagnostique desquels il faudra bientôt revenir ; ne parlons d'abord ici que des sédimens urinaires.

2093. En général, les sédimens de l'urine sont d'autant plus abondans que l'on a plus transpiré, et que l'urine est plus concentrée, plus colorée. Or, toute maladie dans laquelle la sueur est très abondante, est presque toujours accompagnée de la présence de sédimens dans le liquide urinaire. Ce n'est donc pas comme signes de maladie irritative qu'il faut en général considérer les précipités de l'urine, mais bien comme des indices que le malade a perdu beaucoup de liquide. On les rencontre aussi dans beaucoup d'affections où il s'agit de maladies de l'appareil urinaire; on les

voit souvent colorés en rouge de brique dans les phlegmasies plus ou moins aigües de divers organes, surtout lorsqu'il y a co-existence d'hémite (853). Dans l'hépatite avec ictère, leur teinte est surtout très foncée, ce qui peut tenir à la présence du principe colorant de la bile. Sur certains sujets pâles, dont le sang contient beaucoup de sérosité, dont la peau est peu colorée, sur les femmes, les enfans, etc., souvent l'urine dépose, dans les maladies aiguës, un sédiment grisâtre, épais, plus ou moins abondant. Les auteurs avançent les propositions suivantes, qu'il serait bon d'appuyer sur de nouveaux faits : Le sédiment blanchâtre est d'un augure favorable lorsqu'il se prolonge quelque temps pendant le cours de la maladie (Boerhaave). — Lorsque dans le rhumatisme on observe un sédiment rouge au fond du vase, et que l'urine reste d'une belle couleur rouge (ce qui est dû à la présence de l'acide rosacique), et que ces caractères cessent tout à coup, on peut espérer que la solution de la maladie sera prochaine. — Lorsque le sédiment s'est manifesté et qu'il disparaît tout à coup sans être remplacé par un autre mouvement critique, on peut craindre une recrudescence, ou le dévéloppement d'un nouvel état morbide, etc., etc.

2094. Il est bien plus positif de dire que l'examen des sédimens de l'urine est souvent d'une grande utilité pour établir le diagnostic des maladies des organes faisant partie des appareils génito-urinaires. En général, un dépôt plus ou moins abondant de substance puriforme, au fond de l'urine, est en rapport avec une inflammation et même avec des ulcérations ayant leur siége dans diverses parties des voies urinaires. C'est ainsi que dans la néphrite

chronique (surtout dans celle qui est entretenue par un calcul), dans les cas où une pierre est engagée dans l'uretère, que dans ceux aussi où la membrane interne de la vessie est phlogosée, excoriée (soit par la présence d'un corps étranger, soit par suite du séjour prolongé de l'urine), une substance évidemment puriforme se trouve fréquemment au fond du vase où l'urine a été conservée. Dans tous ces cas, cette substance est très mélangée avec l'urine suspendue en quelque sorte entre les molécules qui la composent. Une pyoprostatite (abcès de la prostate) et une uréthrite donnent aussi lieu à la présence, dans le liquide urinaire, de pus ou de mucosités puriformes; mais ici la substance dont il s'agit est très isolée du reste de l'urine, la décantation l'en sépare avec la plus grande facilité, et d'ailleurs *le pus est rendu avant que l'urine soit évacuée*, tandis que le contraire a lieu s'il provient d'une lésion d'organes profonds.

2095. L'urine contient souvent une substance visqueuse, filante, semblable à du blanc d'œuf, et qui est excrétée, soit avant que l'excrétion uréthrale s'opère (et dans ce cas il s'agit aussi d'une lésion située au-dessous du col vésical), soit après l'écoulement de l'urine, et alors c'est presque toujours de la vessie d'où proviennent ces matières glaireuses qui sont souvent alors fréquemment le symptôme d'une cystite plus ou moins chronique.

2096. Il est très probable que, dans quelques cas, la présence d'une substance d'apparence albumineuse et de matières puriformes dans l'urine, est en rapport avec une altération concommitante du sang. C'est ainsi que dans quelques cas qui, pour nous, doivent être rapportés à la pyohémie, et où la couenne était granuleuse, l'urine conte-

nait abondamment une substance très évidemment puriforme. Sur ces sujets, il y avait, dans les poumons, du pus qui ruisselait à l'incision. (*Traité de Médecine pratique*, article pyohémie). C'est ainsi qu'un malade, parvenu à un degré très avancé de pleuropneumonite, guérit d'une manière très prompte lorsque l'urine eût présenté, pendant quelques jours, un dépôt de matières très évidemment puriformes, etc. Dans plusieurs cas où le sang était couenneux, la présence de l'albumine, en faible quantité, il est vrai, a été constatée dans l'urine. Des phthisiques, portant dans les poumons les signes positifs de cavernes nombreuses pleines de pus et ne présentant pas les indices d'une affection des reins, avaient aussi de l'albumine dans leur urine. Nous allons bientôt revenir sur ces faits qui prouvent au moins qu'il faut être réservé sur le diagnostic qu'on porte des maladies des voies urinaires, en se fondant sur l'inspection du fluide auquel elles donnent naissance.

2097. Les dépôts de *graviers* au fond du vase, méritent une attention extrêmement sérieuse. Il faut rappeler ici les très utiles travaux de M. Magendie sur ce sujet. Le volume de ces graviers varie : tantôt, ils sont constitués par un sable très fin ; d'autres fois, ils acquièrent une dimension analogue à celle d'un grain de pavot, de millet, ou même d'une noisette. Les uns sont sphériques, lisses ; d'autres fois, leur forme applatie sur leurs bords, prouve qu'ils ont été en contact avec d'autres graviers. Parfois, ils sont très abondans et d'autres fois ils sont isolés. On en a vu de réunis les uns aux autres et formant ainsi une sorte de grappe. La plupart des graviers urinaires sont d'un rouge-fauve ; d'autres fois, ils présentent

une teinte d'un blanc tirant légèrement sur le jaune; certains graviers sont gris-cendrés; très rarement offrent-ils l'apparence noire ou brun foncé. M. Magendie, en se fondant surtout sur la couleur de ces corps étrangers, admet les espèces suivantes: 1° gravelle rouge; elle est formée par l'acide urique et est incomparablement la plus fréquente; 2° gravelle blanche, qui tantôt présente l'aspect d'une poussière blanche très fine, et d'autres fois forme de petits calculs anguleux, irréguliers et de consistance variable. Elle est composée de phosphate de chaux, avec une très faible proportion de phosphate de magnésie; 3° la gravelle grise qui constitue en général des calculs assez volumineux, lisses à leur surface, et formés de phosphate ammoniaco magnésien; 4° la gravelle jaune, que M. Magendie n'a rencontrée qu'une fois, et qui était formée par de l'oxalate de chaux presque pur (le malade avait fait un abus immodéré de l'oseille); 5° une gravelle transparente; 6° un gravier ayant une teinte jaune-citrine, et dont la surface était couverte de mamelons cristallins, composé d'oxide cystique, a été trouvé par M. Magendie. Cet auteur admet encore une gravelle pileuse et une gravelle multiple, ou formée par diverses espèces de graviers.

2098. La présence de graviers dans l'urine, est le plus souvent due à leur formation dans le rein. Une grande question est de savoir si c'est une maladie de cet organe qui leur donne naissance, ou si un état particulier de la nutrition et du sang les produit: il est au moins certain que la nature de l'alimentation a sur leur formation la plus grande influence, et que la gravelle rouge surtout est souvent en rapport avec une nourriture azotée. De plus, dans beaucoup de cas où les malades ont

rendu des graviers, les reins ne paraissent pas, à la nécroscopie, présenter d'altérations en rapport avec cette cause. D'autres fois, on trouve des lésions inflammatoires dans les reins des graveleux ; reste à savoir si ces affections ont été primitives à la présence des graviers que contiennent ces organes, ou si elles leur ont été consécutives : la dernière partie de cette proposition paraît la plus probable. Il est plus facile de concevoir, en effet, que l'inflammation suive la présence de corps étrangers, durs et inégaux, ayant leur siége dans un organe, que de se représenter une phlegmasie produisant des calculs. Ainsi, la présence de graviers dans l'urine, n'est pas un signe positif de néphrite, ou même de néphropathie; mais elle peut en être un phénomène ou un symptôme concommitant.

2099. Tous les graviers ne viennent pas d'ailleurs du rein. Qelques-uns peuvent se former : 1° dans les uretères, lorsqu'un calcul y gêne l'écoulement de l'urine qui stagne au-dessus et s'y concentre; 2° dans la vessie, lorsque, par suite d'un obstacle à la sortie de l'urine, ou d'une anervie, ce liquide y séjourne pendant long-temps et y perd ses parties les plus aqueuses. Dans des cas pareils, j'ai observé que les vases où l'urine était rendue et que la vessie, après la mort, contenaient une multitude de graviers ; les reins étaient sains et n'en renfermaient pas. Sur un de ces malades, l'urine, qui coulait par regorgement, avait laissé sur la verge, le scrotum et les parties voisines, une grande quantité de gravelle blanchâtre; 4° dans l'urèthre, si l'urine y séjourne; mais on conçoit combien ce siége de la formation de la gravelle doit être rare.

2100. Résumons ici ce que dénotent en général

les graviers observés dans l'urine : 1° ils indiquent le plus souvent un état particulier de la nutrition qui suit une alimentation azotée, et ils co-existent fréquemment avec une néphropathie; 2° quand il y a eu des signes de rétention d'urine, ils peuvent avoir été formés dans l'organe où ils ont séjourné; 3° leur coloration est ordinairement en rapport avec leur composition (n° 2097); 4° Hippocrate admettait que la présence des graviers dans l'urine, annonçait la formation de pierres vésicales; les modernes pensent, au contraire, que le plus souvent les personnes qui sont disposées à la gravelle sont ordinairement exemptes de calculs vésicaux (Martin Solon); 5° cependant, c'est une circonstance commémorative importante, lorsqu'un malade se plaint de symptômes tels qu'on les observe lors de la cystipathie calculeuse, que de savoir qu'il a autrefois rendu des graviers ; 6° cet antécédent est aussi très utile à noter lorsqu'il s'agit d'une hématurie ou d'une tumeur soupçonnée appartenir au rein, car alors il y a lieu de croire qu'il s'agit d'une néphropathie, etc.

2101. La température de l'urine a, jusqu'à présent, fourni fort peu de données au diagnostic. Il y a lieu de croire qu'elle serait augmentée de quelques degrés dans les maladies aiguës où la peau et les membranes muqueuses ont aussi une augmentation réelle de chaleur. Peut-être aussi que dans la cystite, la métrite, etc., le thermomètre, plongé dans l'urine, donnerait quelques degrés de plus. Il y aurait des recherches à faire sur ce sujet. M. Magendie a noté, parmi les causes de la précipitation d'acide urique dans les organes urinaires, une diminution dans la température du liquide qu'ils contiennent.

2102. *La densité* de l'urine doit être augmentée dans les cas où elle est plus colorée et plus concentrée (2087). On n'a pas fait sur ce sujet de recherches propres à éclairer le diagnostic.

2103. *L'odeur* de l'urine est, dans l'état normal, tout à fait caractéristique. Suivant Macquer et Fourcroy, l'urine, rendue immédiatement après le repas, présente, sur les hystériques et les hypochondriaques, l'odeur des alimens qu'ils ont pris. J'ai cru remarquer le même fait sur quelques sujets affaiblis. Les asperges donnent à l'urine une odeur spéciale insupportable. L'inspiration, l'ingestion de la térébenthine lui communiquent, au contraire, l'arôme de la violette. On a dit que dans les fièvres graves, l'odeur de l'urine est souvent celle de souris. Il y a lieu de croire que souvent, dans les cas où cela est arrivé, il y avait une cystiectasie urinaire, suivie de cystite; que le liquide coulait par regorgement, salissait les draps et s'altérait même dans la vessie ou dans les voies d'excrétion. Dans la cystirrhée (catarrhe vésical chronique), et dans la pyocystite (cystite avec suppuration), l'urine contracte souvent une odeur ammoniacale, devient alcaline (Blandin) et dépose des sédimens de sels urinaires qui peuvent devenir le noyau de calculs. Cet état de décomposition est ordinairement dû au mucus et au pus qu'elle contient et qui s'y décomposent.

2104. *La saveur* de l'urine, enfin, donne quelques indications en diagnostic. L'hypérurorrhée (diabétès) se distingue, comme on sait, en *sucrée* et en non *sucrée*, c'est-à-dire, que la saveur de sucre est ici le principal caractère de la maladie. Il y a lieu de croire que si l'appréciation de la saveur de l'urine n'inspirait pas autant de dégoût, elle fourni-

rait des données diagnostiques nombreuses. Par le goût qu'on reconnaît à l'urine, on peut soupçonner, dans quelques cas, que le malade a fait usage de médicamens ou de substances spéciales. C'est ainsi que le goût très amer de ce fluide nous a conduit à y retrouver le sulfate de quinine qui avait été administré, et à constater que ce sel s'y trouvait peu de temps après avoir été pris.

2105. *L'examen micrographique* pourrait faire découvrir, soit dans l'urine elle-même, soit dans les sédimens qu'elle laisse déposer, des globules sanguins, purulens, etc., semblables à ceux qu'on retrouve dans le sang (817) et d'autres phénomènes propres à éclairer plusieurs points de la pathologie et du diagnostic. Il y a lieu de croire aussi qu'il servirait à établir les caractères des diverses espèces de sédimens et de graviers que l'urine pourrait contenir.

2106. Les propriétés chimiques de l'urine sont, dans l'état sain, fort difficiles à déterminer d'une manière absolue. Ce liquide est si variable suivant les individus, les circonstances hygièniques et pathologiques dans lesquelles il se trouve, que l'analyse ne peut guère donner, dans deux cas, des résultats entièrement identiques. Celle qui a été donnée par Berzélius, est la plus généralement admise (1).

---

(1) L'urine contient d'après ce chimiste : Eau 933,00; urée 30,10 ; acide lactique libre, acétate d'ammoniaque, extrait soluble dans l'alcool, matière extractive seulement dans l'eau 17,14 ; acide urique 1,00; mucus vésical 0,32; chlorure de sodium 4,45; hydrochlorate d'ammoniaque 1,50; sulfate de potasse 3,71 ; sulfate de soude 3,16; phosphate de soude 2,94 ; bisphosphate d'ammoniaque 1,65 ; phosphate de chaux, de magnésie 1,00; silice 0,03. Berzelius a trouvé dans l'urine depuis cette analyse faite en 1809, une huile odorante et poivrée; et M. Guibourt y a rencontré du sulfate de potasse en assez grande quantité.

2107. Il est impossible, dans un ouvrage essentiellement médical, comme l'est le *Traité de diagnostic*, d'entrer dans les détails que nécessite le manuel de l'analyse chimique de l'urine, et nous renvoyons sur ce sujet aux ouvrages spéciaux. Bornons-nous à dire que quelques réactifs très peu nombreux suffisent au lit du malade pour apprécier, dans l'état actuel de la science, les circonstances de composition principales en rapport avec les états organo-pathologiques que l'examen chimique peut faire découvrir. Ces réactifs sont: 1° du papier du tournesol et du sirop de violettes, à l'effet de savoir si l'urine les rougit et parconséquent est acide; 2° du papier semblable, rougi par un acide faible, pour voir si le liquide urinaire ne ramène pas ce papier au bleu, et parconséquent n'est pas alcaline; 3° de l'acide nitrique pour coaguler l'albumine qui pourrait s'y trouver; 4° de l'ammoniaque, à l'effet de constater si l'albumine accidentellement contenue dans l'urine ne devient pas glaireuse après sa coagulation par l'acide nitrique; 4° un tube assez large, fermé par en bas, et destiné à échauffer l'urine à la flamme d'une bougie et à faire coaguler l'albumine que ce liquide pourrait contenir.

2108. Or, dans l'état normal, l'urine rougit presque constamment le tournesol : sur vingt-cinq cas observés à la Clinique, dans ces derniers jours, vingt-cinq fois il en a été ainsi. Seulement, la nuance de cette rougeur était plus ou moins vive, suivant des circonstances qu'il serait fort difficile de saisir ; mais qui devaient être en rapport avec une quantité variable d'acide urique. A l'état normal encore, il est certain que les substances alimentaires ou médicamenteuses qu'on prend,

peuvent passer par l'urine (2084); que les carbonates alcalins lui donnent une alcalinité prononcée ; que des acides minéraux et même végétaux, tels que les acides citrique, malique, oxalique et plusieurs autres, pris sans être combinés avec de bases, rendent l'urine fortement acide. Lors de l'usage des sels composés d'un acide végétal et d'une base, il arrive que l'acide est décomposé par l'action vitale et que l'urine devient alcaline. C'est ainsi que, suivant Berzélius, l'urine devient fortement alcaline lorsqu'on a beaucoup mangé des pommes, de cerises, de groseilles, etc., qui contiennent du citrate et du malate de potasse. Il résulte de ceci, que si l'on veut faire des recherches sur l'état acide ou alcalin de l'urine, il faut s'informer avec soin de l'espèce de nourriture dont le malade vient de faire usage.

2109. A l'état pathologique, les substances que l'urine contient, peuvent être proportionnément augmentées : l'urée est parfois dans ce cas. On pourrait soupçonner ce caractère par l'odeur spéciale de l'urine plus fortement prononcée qu'à l'ordinaire. Pour le démontrer, il faudrait vérifier ses quantités proportionnelles, en les recueillant, soit par le procédé indiqué par Fourcroy, soit par celui proposé par Proust. On aurait ici à comparer les proportions d'urée obtenues, avec celles de la masse d'urine employée. On n'a point encore tiré parti, en diagnostic, de l'augmentation de la quantité d'urée constatée chimiquement dans l'urine.

2110. La proportion d'*acide citrique* peut être de beaucoup supérieure à celle de l'état normal. Si l'on voulait obtenir des résultats rigoureux, il serait indispensable d'avoir recours à une analyse chimique exacte. En pratique, il serait difficile de

le faire. On y supplée par l'usage du papier réactif ou du sirop de violettes ou de tournesol. Ceux-ci deviennent, il est vrai, tout aussi bien rouges par l'action de l'acide lactique rencontré par Berzélius dansl'urine ; mais ce procédé est si facile et si commode que, malgré son insuffisance, des chimistes distingués, sujets eux-mêmes à la gravelle, n'en emploient guère d'autres pour juger sur leur propre urine des quantités d'acide urique qu'elle contient. Plus les réactifs rougissent vite et complétement, et plus aussi l'urine renferme d'acide. Il est d'autant plus utile d'avoir recours à ce procédé si simple, lorsqu'il s'agit de la gravelle, que c'est l'acide urique qui forme le plus souvent les concrétions rénales ; que c'est un moyen de prévenir celles-ci que d'empêcher l'urine d'être très acide, et qu'enfin il est possible de la rendre alcaline en employant à des doses élevées les bicarbonates de soude et de potasse.

2111. Les sels contenus dans l'urine, peuvent aussi être augmentés de proportion. S'il s'agissait de graviers constitués par les phosphates d'ammoniaque, ammoniaco-magnésien, etc., il serait, en diagnostic, utile d'en tenir compte. Il faudrait, pour savoir à quoi s'en tenir sur les proportions relatives de ces sels, avoir recours à un chimiste habile. Le mucus, reconnu dans l'urine en si petite quantité, à l'état normal, devient quelquefois fort abondant dans les cas pathologiques, et surtout dans la néphrite, la cystite, etc. C'est plutôt par son aspect filant, visqueux dont il a été précédemment parlé, qu'on le constate d'ordinaire que par l'analyse chimique.

2112. Les substances que l'urine contient, peuvent être en moins grande proportion relativement

à l'eau, que cela n'a lieu habituellement. La limpidité, le défaut de coloration, de concentration du liquide, et mieux encore la distillation servent à constater ce fait; ce serait encore à une analyse soignée et faite par un chimiste exercé, qu'il appartiendrait de déterminer la diminution exacte qui pourrait avoir lieu dans la masse des sels et des diverses substances contenues dans l'urine. Ce que l'on sait: c'est que le papier tournesol rougit peu lorsqu'il y a peu d'acide urique contenu dans l'urine; c'est que l'odeur, la saveur de ce fluide, sont moins prononcées lorsqu'il y a peu d'urée, etc. Celle-ci est moins abondante dans l'hypérurorrhée saccharine (diabétès sucré). Cependant, M. Baruel a trouvé, dans ces derniers temps, que l'urine des diabétiques renfermait encore des proportions notables d'urée.

2113. Enfin l'urine peut contenir des substances qu'ordinairement on n'y rencontre pas. D'abord ce liquide peut devenir alcalin et contenir de l'ammoniaque. M. Guibourt a fait remarquer combien il est facile que l'urée se transforme en carbonate d'ammoniaque, puisqu'elle n'a besoin que des élémens d'un atôme d'eau pour représenter les élémens de ce sel; c'est la présence de l'ammoniaque dans l'urine qui donne à celle-ci le caractère alcalin trouvé par M. Orfila dans l'urine de sujets affectés d'entérite typhohémique, et qui avaient peut-être été atteints de rétention urinaire pendant la durée de leur maladie. L'urine devient alcaline dans plusieurs affections de la vessie et des reins, et surtout lorsqu'elle contient de l'albumine et du pus. Pour constater cette alcalinité, on se sert de papier bleu préalablement rougi par un acide faible. Remarquez que cette expérience doit

être faite sur l'urine qui vient actuellement de sortir de la vessie, car en très peu de temps une urine alcaline peut devenir acide. L'urine glaireuse que Desault rapporte à l'inflammation chronique de la vessie, et que d'autres attribuent à une sécrétion morbide de la prostate, est une urine purulente avec excès d'alcali (ammoniaque), comme l'a toujours constaté M. Désir, et peut provenir également d'une maladie de la vessie, des uretères, des calices, ou du bassinet. » Ce médecin en traitant de l'urine purulente par l'ammoniaque qu'il ajoutait peu à peu, l'a rendue glaireuse, et finissait par la dissoudre s'il en mettait une quantité considérable.

2114. La présence de l'albumine dans l'urine a donné lieu à beaucoup de recherches. Dans l'état de santé, ce fluide, dit-on, ne contient pas d'albumine (1). Seguin, en précipitant ce principe par la noix de Galle, et Fourcroy, en faisant des expériences plus précises, découvrirent que, dans certains cas, ce principe pouvait être contenu dans le liquide formé par les reins. Déjà Cruikshank avait constaté un tel fait que Thomson et MM. Orfila, Dupuytren, Thénard, Nysten, avaient également observé dans diverses circonstances. Blackall vit l'urine se coaguler par la chaleur, et divisa les hydropisies en celle où l'urine est coagulable et celle où il n'en est pas ainsi. MM. Wells, Proust, Howship, Chevalier, Barruel, etc, trouvèrent l'urine albumineuse dans diverses affections et notamment dans le dia-

---

(1) Cependant M. Chevalier croit que ce principe y existe constamment dans de très faibles proportions. Voici sur quoi il se fonde : il a fait évaporer l'urine en consistance d'extrait, l'a repris par l'eau, et a obtenu, dans ce cas, une matière animale qui se déposait sous forme de flocons et avait les caractères de l'albumine.

bétès et la siphylis. MM. Richard, Bright, Christison, Gregory, Alison, Hamilton, Elliotson, Graves, Constant, Sabatier ont assigné à une maladie spéciale des reins, la présence de l'albumine dans l'urine. On doit à M. Rayer des recherches fort importantes sur ce sujet, et à M. Desir, son élève, la publication d'une série d'expériences fort remarquables, dont voici les principaux résultats.

2115. M. Desir traita successivement par la chaleur, l'acide nitrique, l'alun, le sublimé, le tannin, le prussiate de potasse, l'alcool, les urines d'hommes sains ou malades. Il ajouta des quantités variables d'albumine à l'urine qui n'en contenait pas, pour apprécier l'action des réactifs sur ce liquide devenu alors albumineux. M. Desir pense que le meilleur réactif serait l'acide nitrique; mais il ajoute que dans quatre cas : deux de rhumatisme articulaire aigu (hémo-arthrite), un de scarlatine et un de péritonite, l'acide nitrique donna lieu à un précipité abondant soluble par la chaleur et par un excès d'acide. « Pour reconnaître une urine albumineuse, après avoir filtré la liqueur, si elle est trouble, il faut la soumettre à l'action de la chaleur; si on emploie l'acide nitrique, on le versera goutte à goutte, et en réunissant ces deux moyens on arrivera à trouver des traces minimes de matière albumineuse : ces moyens sont d'un usage facile, sûr et prompt, si l'on prend les précautions indiquées. On jugera approximativement de la quantité d'albumine en voyant le coagulum et la masse du liquide; ou bien après avoir filtré, on prendra le poids du précipité obtenu par la chaleur par rapport au poids du liquide en expérience. La chaleur a de plus l'avantage de laisser l'urine sans mélange, si l'on voulait pousser plus loin l'analyse. »

2116. Remarquons relativement à la coagulation de l'albumine de l'urine, au moyen des réactifs précédens, que le mucus est dissous par la chaleur et par les acides ; que la fibrine ne pourrait se trouver dans le liquide urinaire qu'à l'état de dépôt ; que la gélatine se dissout par l'acide nitrique, tandis que le tannin la précipite tout aussi bien que l'albumine, que 1/100 de gélatine en dissolution dans l'urine la ferait prendre en gelée par le refroidissement.

2117. Wells, sur 19 personnes atteintes de maladies aiguës ne trouva pas d'albumine dans 14 cas. 4 autres offrirent un coagulum léger ; une autre présenta un coagulum abondant égal à la huitième partie de l'urine. Dans 185 cas de maladies aiguës ou chroniques, autres que des affections rénales, M. Desir n'a pas vu l'urine se coaguler. Dans une *aortite* où l'urine était sanguinolente, il y eut un coagulum ; mais ici on trouva, à la nécroscopie, que les reins étaient durs, rouges à leur surface, et que la vessie, les bassinets étaient injectés ou ecchymosés. Dans deux cas de variole, les urines furent albumineuses ; mais l'un d'eux fut remarquable par un épanchement sanguin observé dans le calice et le bassinet du rein droit, et l'autre par une injection marquée de la vessie. Sur un sujet atteint d'une gangrène du poumon, l'urine donna un coagulum, mais la vessie était très injectée ; dans 5 autres cas : (1 péricardite, 1 pleurite, 1 pneumonite, 1 gastro-entérite, 1 indisposition), l'urine fut coagulable pendant un temps plus ou moins long, bien que rien ne portât à croire à une lésion des reins.

2118. A plusieurs reprises, j'ai vu l'urine dans la pneumonite et dans quelques autres maladies

aiguës et chroniques, donner un coagulum par l'acide nitrique. MM. Renaud et Testelin ont traité devant moi, à la clinique, et sur mon invitation, l'urine de 35 malades, par la chaleur et l'acide nitrique, et il est arrivé 5 fois qu'un précipité se soit formé. Le coagulum fut léger dans une pneumonite en voie de résolution, et dans une entérite typhohémique; il fut très abondant dans deux cas de pneumopathie tuberculeuse; mais le lendemain, l'urine n'offrait plus pour l'un d'eux le même caractère. Une femme atteinte d'un prurigo dû à sa malpropreté, et qui ne paraissait pas avoir d'autres maladies, présenta enfin un précipité très abondant de l'urine.

2119. Blackall, Wells, Bostock ayant observé que plusieurs hydropiques présentant l'urine albumineuse, avaient fait largement usage du mercure, pensèrent que l'emploi de ce moyen à doses élevées peut rendre l'urine albumineuse; ce que M. Chevalier constata aussi dans un cas. M. Desir examina l'urine de 133 malades atteints de siphylis, dont 106 avec des symptômes primitifs, et 27 avec des accidens consécutifs. 41 d'entr'eux faisaient usage de préparations mercurielles; 25 fois l'urine était neutre, 25 fois alcaline et 83 fois acide; dans deux de ces cas seulement (un de grossesse avec ulcération du col utérin, un cas de blennorrhagie avec orchite), il y eut un léger coagulum par l'acide nitrique et la chaleur. Quelques autres faits recueillis aussi par M. Desir dans le service de M. Rayer, tendent à prouver que la siphylis et un traitement mercuriel ne rendent en rien l'urine albumineuse.

2120. D'après les recherches faites par M. Desir dans l'uréthrite, la prostatite (à moins qu'il n'y ait

coexistence d'abcès), il n'y a d'urine albumineuse, qu'autant qu'il survient une affection de la vessie et des reins, celle, par exemple, qui suit la rétention d'urine. Dans l'hypercystite ou cystite aiguë, dans les inflammations internes des uretères, des calices et des bassinets, lorsqu'il y a écoulement d'une certaine quantité de sang, alors la chaleur et l'acide nitrique y démontrent l'existence de l'albumine. Dans la chronocystite (cystite chronique), existe souvent un dépôt plus ou moins copieux, purulent ou glaireux. Celui-ci ne s'observe que lorsque l'urine est alcaline; dans plusieurs autres maladies du rein, telles que le cancer, les tubercules, les rétentions, dans les voies d'excrétion rénale, du liquide secrété, l'urine n'est albumineuse qu'autant que la substance de l'organe est elle-même altérée, et que les produits de la secrétion anormale ou du sang sont mêlés avec ce fluide.

2121. C'est spécialement dans la maladie décrite par Wells, Blackall, Bright, Hamilton, etc., que l'urine est albumineuse. M. Rayer (dissertation de M. Desir), admet six espèces de cette affection, parmi lesquelle il range les trois formes que Bright rapporte à cette maladie. Il serait hors de notre sujet d'en tracer avec détail les caractères anatomiques; bornons-nous à dire que dans cinq de ces espèces, les reins sont augmentés de volume (circonstance importante à noter, et dont le diagnostic peut tirer parti comme percussion et comme palpation), et que cette hypertrophie peut être portée au double, et même à plus, du volume normal. Injection, gonflement de la substance corticale, vascularités apparentes dans le bassinet; saillies plus manifestes des lobules, marbrures rouges sur un fond

jaunâtre; ailleurs, état anhémique des reins, accompagné de petites tâches et de grosses granulations blanches; ailleurs encore, une apparence plus manifeste des circonvolutions qui s'observent à l'extérieur du rein; petites taches d'une couleur laiteuse, un peu jaunâtre, et de la grosseur d'une tête d'épingle, qui donnent souvent au rein une apparence plaquée; d'autres fois un aspect véritablement granuleux, le tout accompagné d'un état anhémique de la substance corticale; scissures plus ou moins prononcées sur la surface rénale, tels sont les principaux états du rein, trouvés à la nécroscopie, dans les cas d'hydropisie avec urine albumineuse. Dans une seule variété, les reins ne sont point hypertrophiés, quelquefois même ils paraissent atrophiés, et sont durs et mamelonnés à leur surface; alors les granulations ne paraissent guère qu'à la coupe.

2122. M. Martin Solon a trouvé aussi l'urine albumineuse dans cinq cas d'hydropisies, et dans deux seulement, existaient les granulations décrites par Bright. Cinq fois aussi, j'ai trouvé dans l'albuminurie (expression admise par M. Martin Solon pour désigner la présence abondante de l'albumine dans l'urine) des affections des reins qui se rapportaient dans un cas aux granulations, et dans les autres, aux diverses lésions reinales qui viennent d'être mentionnées.

2123. Dans tous les faits où il s'est agi d'affections de la substance propre des reins en rapport avec la maladie dite de Bright, et, ainsi que l'ont remarqué MM. Rayer et Desir, le dépôt d'albumine, par la chaleur et l'acide nitrique est considérable. Ce dépôt constitue une grande partie de la masse du liquide, et on le rencontre d'une manière

constante tant que dure la maladie ; dans la plupart des cas où il ne s'agit pas de cette affection, et où l'albumine est contenue dans l'urine, ce principe y est beaucoup moins abondant et mêlé parfois à la matière colorante du sang.

2124. L'urine des diabétiques contient souvent de l'albumine (Cadet, Rose, Thénard et Dupuytren, Chevallier, Barruel, etc.). Nous allons bientôt revenir sur ce sujet. Dans deux cas de maladies des reins, M. Chevallier a vu dans l'urine une matière assez molle, de couleur violette, qu'il croit n'être autre chose que de l'albumine qui a subi quelques modifications (communication verbale).

2125. De tout ce qui précède, sur la présence de l'albumine dans l'urine, on n'est pas toujours, nous semble-t-il, en droit de conclure de l'albuminurie constatée, qu'il existe une lésion de l'appareil urinaire; car, d'après M. Chevallier, l'urine contient presque toujours une quantité d'urine très faible, il est vrai, mais qui, suivant lui, n'en est pas moins constante : car, on l'a signalée dans plusieurs affections où les reins et les voies urinaires ne donnaient lieu à aucun symptôme (la pneumonite, l'hémoarthrite, la pyohémie chronique, etc.); car, la facilité avec laquelle les matières, portées dans la circulation, parviennent à l'urine, portent à penser que l'albumine, si abondamment contenue dans le sang, peut, dans quelques états particuliers de ce fluide, être sécrétée par le rein. Cependant, lorsqu'on trouve un dépôt très abondant d'albumine dans l'urine, lorsque ce caractère persiste, et surtout que s'y joignent l'anasarque et l'hydropéritonie, il existe à peu près constamment une des lésions du

rein, étudiées par Bright et par M. Rayer. Il y aurait, du reste, des recherches fort utiles à faire sur la présence de l'albumine dans l'urine à la suite des résorptions purulentes ou de la pyohémie; et, à rechercher si l'apparence granuleuse et blanchâtre du rein, observée par les auteurs, ne serait pas due, au moins en partie, à du pus déposé ou formé dans la substance corticale de l'organe sécréteur de l'urine.

2126. Voici quelques propositions de la thèse de M. Desir, qui paraissent au moins devoir être mentionnées : « Quand l'urine est albumineuse dans une hydropisie, le plus souvent il existe en même temps absence ou diminution de l'urée qu'on retrouve dans le sang ou dans des cavités séreuses. — Dans une maladie aiguë, l'urine peut contenir une certaine quantité d'albumine pendant plusieurs jours; ce phénomène a *quelquefois* indiqué une congestion sanguine des reins, des uretères ou de la vessie. — *Chez un homme sain, l'urine peut être accidentellement albumineuse à la suite d'une excitation des voies urinaires.* — Lorsque l'urine contient beaucoup de mucus, comme cela a lieu dans la cystite aiguë, et qu'elle est albumineuse, s'il existe en même temps des douleurs suivant le trajet des uretères ou dans la région des reins, ces symptômes doivent être rattachés à une inflammation aiguë de la membrane muqueuse des calices, des bassinets ou des uretères, *et non à une inflammation* de la substance propre des reins. — Si dans l'urine, l'albumine est concrète, en dépôt, sous forme de flocons, elle provient de la vessie ou des uretères, des bassinets ou des calices enflammés d'une manière chronique, ou d'un rein tuberculeux dont les calices et les bassinets

sont affectés, ou encore d'un abcès de la prostate ou des parties environnantes qui s'est ouvert dans la vessie. — Une urine albumineuse ou purulente, dans un cas de tumeur des reins, est le principal symptôme d'un pelvitis rénal avec distension. — Une urine purulente et albumineuse devient glaireuse, filante (catarrhale), par l'addition d'un alcali. — L'urine est alcaline dans un certain nombre de néphrites et sans qu'il y ait rétention prolongée d'urine dans la vessie. — Si l'urine albumineuse est chargée d'un dépôt filant, glaireux, elle annonce non seulement une inflammation chronique de la membrane muqueuse des uretères et de la vessie, des calices ou des bassinets, mais encore de la substance des reins. — L'urine albumineuse, chargée de matière colorante du sang, et rendue habituellement, est un des principaux symptômes du cancer et des tumeurs fongueuses de l'appareil urinaire. — On peut, d'après la présence persistante de l'albumine dans l'urine, bien qu'il n'y ait pas de signes d'autres maladies des voies urinaires, reconnaître une néphrite albumineuse et prévoir le développement d'une hydropisie.

2127. D'après quelques faits récemment recueillis par le docteur Mateer (*Gazette médicale*, 1837, t. 1, p. 117), la présence de l'albumine dans l'urine d'hydropiques, aurait été seulement constatée au moment où l'amélioration survenait, et sa présence aurait été ainsi un signe de bon augure. Il est évident que de tels faits, qui ébranleraient les idées toutes différentes qu'on a généralement sur ce sujet, auraient besoin d'être répétés.

2128. La présence du sucre dans l'urine, a été constatée chimiquement un grand nombre de fois

dans l'hyperurorrhée (diabétès), et on en a présenté une masse cristallisée à l'Académie. Pour retrouver le sucre dans le liquide urinaire, il suffit souvent d'évaporer celui-ci à consistance sirupeuse et de le traiter par l'alcool rectifié. Celui-ci, évaporé, laisse cristalliser le sucre, reconnaissable à sa forme, à sa saveur sucrée et à l'odeur de caramel qu'il prend au feu; mais lorsque la quantité de sucre est trop petite pour être ainsi obtenue, on a recours à la fermentation en vases clos, dont les produits sont de l'acide carbonique gazeux et de l'alcool. » (Guibourt). La présence du sucre, constatée dans l'urine, est encore un signe plus positif que le goût sucré, du diabétès dont il est ici question. L'absence ou la très grande diminution d'urée et d'acide urique dans le liquide, doit aussi être mentionnée. Il paraît que, dans ce cas, l'urée existe en assez grande proportion dans le sang. Ce fait, pour être admis comme positif, mériterait cependant quelques nouvelles recherches.

2129. Il paraît certain que l'urine des diabétiques contient de l'albumine, lorsque, sous l'influence d'un régime animal, la quantité de sucre qu'elle contenait vient à diminuer. C'est au moins ce qui a été constaté par MM. Dupuytren et Thénard. Plus tard, l'urée et l'acide urique se retrouvent dans le liquide sécrété par le rein. Ainsi, c'est un bon signe, dans l'hypérurorrhée, que de voir l'urine devenir albumineuse et perdre le goût sucré qu'elle avait précédemment. Toutefois, on a exprimé la crainte que, dans ces cas, une hydropisie se déclare.

2130. L'urine, dans quelques maladies aiguës, présente quelquefois une couleur ardente et forme un dépôt rougeâtre ou briqueté. Proust a d'abord

considéré celui-ci comme un acide particulier auquel il a donné le nom de rosacique. Il a reconnu plus tard que ce précipité était formé d'acide urique uni à une matière colorante particulière, qu'on peut en extraire par l'eau bouillante ou l'alcool. Ce principe rouge est azoté. On n'a pas encore tiré parti, comme diagnostic, de la présence de cette substance dans l'urine.

2131. Le principe colorant jaune de la bile, a été chimiquement démontré exister dans l'urine d'ictériques par MM. Braconnot, Orfila, etc. Nous avons assez parlé ailleurs de ces faits pour pouvoir nous dispenser d'y revenir ici.

2132. On a trouvé dans quelques cas, dans l'urine, une matière grasse, fort abondante et mélangée avec une proportion assez considérable d'albumine. Tout récemment, M. Guibourt, qui déjà avait constaté ce fait sur un malade de l'Ile de France, que lui avait adressé M. le docteur Rayer, a démontré, par l'analyse, la présence de ces produits dans une urine qui présentait complétement l'apparence laiteuse. Ce cas remarquable a été observé par M. Orfila (qui avait déjà soigné l'empereur dom Pédro, pour un cas pareil) et par M. le docteur Rayer. M. Caffe en a rédigé l'histoire avec beaucoup de lucidité. (*Presse médicale*, t. 1, n° 13). Il est évident, d'après ce travail, que l'urine ne contenait en rien du caséum, mais bien les substances dont il vient d'être fait mention. Chose remarquable, le sang de la personne dont il s'agit, et qui depuis long-temps était sujette à rendre l'urine en question, présentait plus de parties solides qu'on n'en a trouvé dans aucune autre analyse, contenait moins de fibrine qu'à l'ordinaire et plus d'albumine que dans d'autres cas.

Cette considération a porté M. Caffe à considérer ce fait comme en rapport plutôt avec une altération dans l'hématose, qu'avec une affection du rein. Il pense, ainsi que M. Guibourt, que l'urine dont il s'agit contenait une substance analogue au chyle et méritait plutôt l'épithète de chyleuse qui lui avait été donnée par M. Proust, que celle laiteuse. On ne trouve pas cependant, dans cette urine, les principes constituans du chyle ; car celui-ci contient de la fibrine qui ne se retrouvait pas dans l'urine du malade dont il est question. On est encore incertain sur la nature de la lésion qui détermine la formation de l'urine dite laiteuse. L'histoire des antécédens du malade, les hématuries qu'il avait eues, et qui sont communes, à l'Ile-de-France et au Brésil, sur les personnes qui sont sujettes à cette affection, porteraient à admettre qu'il s'agirait ici d'une maladie du rein et des voies urinaires. Il paraît toutefois que dans d'autres cas d'urine laiteuse, on n'a point trouvé, à la nécroscopie, de lésion rénale en rapport avec ce symptôme. Il faut donc, jusqu'à ce que de nouveaux faits soient recueillis sur cette question, rester dans le doute ; sans cela on s'exposerait à considérer comme primitif, l'état spécial du sang observé dans ce fait et qui pourrait bien être le résultat de l'absorption des principes sécrétés par les reins. Du reste, il paraît, d'après des recherches de l'Académie de Rio Janeiro, sur ce sujet, que les urines laiteuses, fréquemment observées au Brésil, y sont moins souvent suivies de symptômes fâcheux qu'on ne serait porté à le penser d'après l'analogie et la théorie.

2133. L'urine peut enfin contenir diverses substances toxiques, et fournir, sous ce rapport, dans

plus d'un cas, des renseignemens utiles au médecin légiste et au pathologiste. S'il arrivait, par exemple, qu'un malade éprouvât ou ait éprouvé des accidens analogues à ceux que déterminent certains poisons, ce serait une chose très importante que de constater, pendant la vie ou après la mort, la présence de ceux-ci dans l'urine. Un tel fait ne peut être ici qu'indiqué; car une question d'aussi haute chimie ne peut être traitée que dans un ouvrage *ex professo* sur la toxicologie (Voyez le traité de M. Orfila).

2134. Remarquons enfin qu'en thérapeutique il est encore utile, pour apprécier l'action des médicamens, de trouver ceux-ci, plus ou moins longtemps après leur administration, dans l'urine. On pourrait juger ainsi du temps qu'ils mettent à agir et de leurs effets réels; s'il arrivait, en effet, qu'on les retrouvât dans le liquide urinaire, d'une manière prompte, on ne serait plus tenté de leur attribuer des effets thérapeutiques observés ultérieurement. Tout au contraire, si pendant qu'ils sont encore contenus dans les organes ou dans la circulation, on observait des résultats en rapport avec leur action présumée, on aurait de fortes raisons pour admettre leur efficacité. C'est ainsi que nous avons constaté la présence du sulfate de quinine dans l'urine, peu de temps après son administration, et qu'ayant vu la rate diminuer avant même que ce sel fût parvenu à la vessie, nous en avons déduit des conclusions relatives à son influence sur l'organe splénique. C'est ainsi que s'il se fût manifesté des accidens quelques heures après l'ingestion de ce sel, il eût été difficile de les lui attribuer puisqu'il n'existait plus alors dans l'économie. La présence de la soude

dans l'urine, constatée par le papier de tournesol, sur ceux qui portent des calculs et sur lesquels on veut prévenir la formation de la gravelle, est un document précieux et qui fait voir que l'acide urique est saturé d'alcali, et qu'alors, en conséquence, la soude peut avoir quelque influence sur les concrétions formées dans l'appareil urinaire.

2135. Telles sont les applications nombreuses que la chimie a faites récemment de ses utiles connaissances à la médecine d'observation, sous le rapport de l'examen de l'urine. Certes, le tableau qui vient d'être tracé est loin d'être complet, et le sujet est loin d'être épuisé, peut-être n'est-il même qu'à peine effleuré. En général, on s'isole trop; les chimistes ne fréquentent pas assez les médecins praticiens, et ceux-ci n'ont pas assez recours aux chimistes. C'est cependant de leurs travaux en commun que peuvent ressortir des applications vraiment utiles à la thérapeutique. On ne peut pas tout savoir; un chimiste consommé ne peut guère être médecin de premier ordre, et il est impossible à celui-ci de réunir les connaissances chimiques nécessaires à un examen approfondi des humeurs et des solides. Il faut, pour bien faire, que le diagnostic du médecin éclairé par l'étude des organes vivans et morts, précise les cas observés, et que le chimiste apprécie les altérations de composition survenues dans les organes. C'est là une marche progressive à laquelle se livrent et se livreront plus encore les hommes qui veulent avancer la science.

2136. *Signes physiologiques.* Le rein, dans l'état normal, ne donne lieu à aucune sensation; il n'en est pas ainsi dans les circonstances pathologiques. Bien que les altérations organiques les plus graves

y aient été quelquefois observées, sans qu'il y ait eu de douleurs, cependant celles-ci y sont fréquemment observées. Leur siége est en général dans les lombes, et profondément de chaque côté de la colonne vertébrale. Souvent elles existent aussi dans l'abdomen, très profondément aussi au dessous du foie, à droite; et de la rate, à gauche. Elles varient de caractère suivant un grand nombre de circonstances. Le plus ordinairement, elles sont sourdes, lentes, et consistent dans un sentiment de malaise indéfinissable rapporté par le malade au lieu où l'anatomie apprend que le rein a son siége. D'autrefois, elles sont plus aiguës, et dans certains cas elles ont une extrême intensité; ceci a surtout lieu lorsque un ou plusieurs calculs présentant à leur surface des aspérités prononcées, existent dans les calices et les bassinets, et y ont déterminé, par leur séjour prolongé, une inflammation, des ulcérations, etc. Elles augmentent par l'inspiration, la toux, l'éternuement, les efforts pour aller à la selle, etc. Souvent la douleur semble s'étendre jusque vers l'aisne et la cuisse; d'autrefois elle retentit jusque dans le testicule du côté malade, où sa violence est parfois extrême. Il semble qu'elle suive le trajet des plexus rénaux, spermatiques, et que de là, dans certains cas, elle se propage vers la cuisse par les nerfs lombaires et cruraux. Ceci paraît surtout avoir lieu lorsque le rein est augmenté de volume, et vient à comprimer les troncs ou les plexus nerveux dont il vient d'être fait mention. Parfois ces douleurs semblent revenir par accès, et le malade exprime par des cris combien il souffre. Dans le cas de calcul rénal, j'ai vu le moindre mouvement déterminer des douleurs atroces que l'on avait considé-

rées comme rhumatismales. Il était parfois impossible de faire exécuter le plus faible changement de position, sans exagérer infiniment leurs souffrances. Chose remarquable, dans un de ces cas, les accidens se dissipèrent en quelques mois par l'usage des pastilles de bi-carbonate de soude portées à la dose de 30 à 40 grains par jour.

2137. Les douleurs rénales s'étendent parfois vers l'uretère ; il en arrive surtout ainsi lorsqu'un calcul, à surface rugueuse, s'engage dans celui-ci, et tend à descendre dans la vessie. Il est arrivé que des malades aient ainsi très distinctement senti le corps étranger parcourir de haut en bas le conduit excréteur du rein, et parvenir ainsi jusqu'à la vessie où le cathétérisme le retrouvait plus tard. Du reste, de tels cas sont très rares. Souvent de grosses pierres se sont engagées ou formées dans les uretères, sans que le malade s'en aperçût. Cela a surtout lieu lorsque la surface du calcul est lisse, et il est arrivé parfois qu'une pierre soit parvenue à un tel volume qu'elle ait bouché l'uretère dilaté au-dessus, sans qu'il en soit résulté pendant la vie la moindre douleur.

2138. Il est souvent fort difficile de reconnaître qu'une souffrance lombaire a sa source dans les organes sécréteurs de l'urine. Voici les meilleurs caractères pour y parvenir : Cette douleur n'augmente pas par la pression de la masse commune au sacro-lombaire et au long dorsal. On l'éveille plutôt, en palpant profondément sur le flanc du côté malade. Elle correspond au lieu où la percussion plessimétrique trouve le rein, et n'en dépasse la circonscription que dans ce sens qu'elle tend à se propager dans les directions qui ont été dites. Elle augmente plutôt par les secousses imprimées

au corps que par les mouvemens d'extension ou de flexion de la colonne vertébrale, tandis que le contraire est observé lorsque les muscles des lombes sont eux-mêmes douloureux. Ce n'est pas dans l'élévation de la cuisse sur le bassin qu'elle est la plus manifeste, ainsi qu'on le remarque alors qu'il s'agit d'une distension, d'une rupture, etc., du muscle psoas; mais ce qui est bien plus positif que ces caractères, c'est : la co-existence d'autres signes des maladies des reins, tels que des tumeurs rénales, des néphrorrhagies, des calculs rendus par l'urèthre, des urines albumineuses très chargées d'acide urique, etc.; ce sont des troubles fonctionnels en rapport avec les maladies du rein, et l'absence de signes positifs du côté des organes les plus voisins de celui-ci.

2139. Les douleurs constatées autant que possible dans les reins, sont des signes de néphropathie. Quelle qu'en soit la cause, on les observe dans l'hypernéphrite; M. Rayer les a notées dans la plupart des formes de la lésion anatomique des reins, qui a pour symptôme l'albuminurorrhée. C'est une chose importante, lorsque ce phénomène a lieu, de rechercher avec soin s'il a existé précédemment des douleurs lombaires. Celles-ci, lorsque le malade rend des graviers, portent à penser que des calculs plus ou moins volumineux existent dans les reins. Lorsqu'en même temps l'urine est sanguinolente, il y a lieu de croire que la source du mal est dans l'organe sécréteur de l'urine. S'il arrive qu'une série de symptômes éprouvés par le malade vers la vessie et les autres parties de l'appareil urinaire, soit accompagnée d'une néphralgie plus ou moins forte, celle-ci éclaire le diagnostic et porte à croire que les reins sont affectés.

2140. La fonction du rein, est la sécrétion de l'urine. Celle-ci est singulièrement modifiée par la maladie, et nous avons parlé de la plupart de ces modifications, à l'occasion de l'examen de ce liquide. Ajoutons seulement les considérations suivantes : 1° la formation de l'urine peut avoir lieu tant que l'un des reins est conservé et même tant que les lésions organiques qui existent dans ces deux organes (tubercules, cancers, kystes, etc.), n'ont pas entièrement détruit toute la substance corticale. Dans plusieurs cas, à la Salpêtrière, bien que l'urine continuât à couler, il ne restait plus que des fragmens très peu considérables de cette glande qui ne fussent pas altérés ; — 2° ceci prouve qu'il ne faut pas admettre que les reins sont exempts de lésions, en se fondant sur cette circonstance que l'urine n'a pas éprouvé de modifications dans ses quantités et dans sa nature ; car s'il arrive, par une cause quelconque, que la portion rénale malade ne verse pas des produits anormaux dans l'urine, et que les parties restées saines continuent à former de l'urine, celle-ci arrivera pure dans les voies d'excrétion ; — 3° lorsque l'urine sera tantôt teinte de sang, de matière grasse (urine laiteuse), troublée par du pus, etc., et tantôt complétement semblable à l'état normal, il ne faudra pas déduire de cette sorte d'intermittence dans les symptômes, qu'il ne s'agisse pas d'une lésion organique des reins. S'il arrive, en effet, que l'affection qui donne lieu aux produits : sang, matière grasse, pus, etc., soit bornée et circonscrite ; si elle ne verse pas toujours ces matières anormales dans l'urine, il en résulte que le reste des reins, continuant à fonctionner, le liquide urinaire pourra fréquemment être sembla-

ble à ce qu'il est dans l'état normal ; — 4° l'absence de sécrétion urinaire est un phénomène assez rare. Elle peut se prolonger plusieurs jours, et dans un cas, une malade a été dix-sept jours sans rendre l'urine (*Procédé opératoire*, n° 295). M. Fouquier avait annoncé, sur la malade qui fait le sujet de cette observation, qu'une uretère était bouchée par un calcul, et que le rein, de l'autre côté, par suite de quelque lésion organique, ne sécrétait plus. La nécroscopie vérifia le diagnostic; — 5° L'absence de sécrétion urinaire, qui persiste long-temps, est un signe du plus mauvais augure, et qui est ordinairement suivi de la mort. Elle annonce presque toujours une affection des reins, non pas nerveuse, mais de cause mécanique. Il y a ici quelques remarques importantes à faire : il faut bien distinguer ce qui tient à la sécrétion urinaire, et ce qui dépend de l'excrétion de l'urine. Il ne paraît pas possible que cette sécrétion soit long-temps complétement suspendue; car pour que cela arrivât, il faudrait que toute la substance du rein fût détruite, et la mort surviendrait à coup sûr bien avant que l'urine cessât complétement d'être formée. Mais voici ce qui a lieu : une partie des reins ne fonctionne plus, parce qu'elle est désorganisée et que, par une circonstance fortuite, l'excrétion s'arrête ailleurs ; c'est précisément ce qui eut lieu dans le cas cité précédemment ; — 6° le plus souvent, l'absence d'urine n'est qu'apparente, c'est seulement l'excrétion qui ne se fait plus et le liquide est arrêté par un obstacle dans quelques-uns des points de ses conduits excréteurs; — 7° c'est en conséquence un précepte important, dans les cas de suppression d'urine, de palper et de percuter avec soin les reins, les uretères

et la vessie, d'introduire une sonde dans ce dernier organe, à l'effet de bien s'assurer qu'il n'existe pas de tumeur rénale, ou uréthrale, ou d'urine dans le réservoir destiné à la recevoir.

2141. A l'occasion de la souffrance du rein, l'estomac et les intestins donnent lieu, suivant les auteurs, à des symptômes plus ou moins tranchés, plusieurs de ceux-ci peuvent bien n'être autre chose que des coïncidences ou que l'extension de la douleur rénale aux plexus nombreux que contient l'abdomen. Cependant, les vomissemens sont très ordinaires dans la néphropathie et surtout dans la néphrite. Quand ils existent avec quelque suite, il faut songer à l'existence possible d'une maladie des reins que manifesteraient plus clairement les signes précédemment énumérés. Les tumeurs rénales, pleines de pus, d'hydatides, etc., peuvent s'ouvrir vers des points divers du tube digestif, et de là des évacuations abondantes qui peuvent survenir par l'estomac ou les intestins.

2142. A l'état aigu, la néphropathie peut troubler l'action du cœur et occasionner un mouvement fébrile. Celui-ci se déclare fréquemment par des frissons qui quelquefois se renouvellent, sont suivis de chaleur et de sueur, et imitent assez bien les premiers accès d'une fièvre intermittente (1979, 1983). Le pouls, dans la néphropathie aiguë, présente un grand nombre de variations en rapport avec la constitution du sujet, sa force, l'étendue et l'intensité de la maladie rénale; en général, il est fort et développé, etc. La fièvre dont il s'agit a des caractères très spéciaux et qui la font quelquefois distinguer, par un praticien exercé, de toute autre pyrexie. Le faciès, surtout, présente un aspect

tout particulier. Les joues sont teintes d'un incarnat vermeil et animé, qui tranche sur la couleur naturelle aux tégumens. Cette coloration, très différente de celle des phthisiques, et moins circonscrite qu'elle, est plus vive et moins uniformément répandue sur la face que celle qu'on observe dans la polyhyperhémie (843), l'hémite (853), l'hémo-pneumonite, etc. Les yeux sont ici brillans et animés, et le corps, fréquemment couvert de sueur, exhale souvent une odeur qui rappelle celle de l'urine.

2143. Cette série de symptômes, qui ne doit cependant être rattachée par les praticiens à une affection rénale, qu'autant que d'autres signes de néphropathie co-existent, a été désignée par M. Richerand sous le nom de fièvre urineuse. C'est encore là, en effet, une autre altération du sang causée par l'addition, ou du moins par l'augmentation d'un principe nouveau : l'urée ou l'acide urique. — C'est une *urohémie*, dans le langage de notre nomenclature; mais il faudrait bien savoir s'il n'y aurait pas deux variétés de l'état fébrile en rapport avec la souffrance aiguë des reins et des autres parties de l'appareil urinaire. L'un, qui serait constitué par des frissons et un état fébrile se renouvelant à plusieurs reprises, à des heures à peu près fixes, et qui serait la conséquence de l'influence que les organes urinaires exerceraient sur le système nerveux et le cœur; l'autre, qui consisterait dans les troubles continus de circulation : le faciès spécial, la sueur odorante, etc., et qui serait en rapport avec la présence dans le sang des élémens de l'urine. Cette vue théorique aurait du reste besoin d'être méditée, et appuyée sur des faits avant d'être admise.

2144. A l'état chronique, la circulation peut éprouver de grands troubles par suite des maladies des reins. L'hypernéphrotrophie peut être portée à un tel point, qu'elle comprime la veine cave et la veine porte, et qu'elle occasionne ainsi un œdème des extrémités inférieures et une hydropéritonie. Ces cas sont du reste très rares.

2145. Ce sont bien plutôt les altérations de texture du rein, suivies d'albuminurorrhée (présence de l'albumine dans l'urine), qui causent l'accumulation de sérosité dans le tissu cellulaire et les cavités séreuses. On sait, en effet, depuis les travaux des anglais sur ce sujet, que l'hydropisie est souvent le premier symptôme qui porte à soupçonner cette maladie. On ne s'explique pas bien pourquoi des collections séreuses se forment à la suite de l'albuminurorrhée. Serait-ce parce que le sérum du sang, perdant chaque jour de l'albumine en grande proportion, serait moins épais et aurait une facilité plus grande à traverser les vascularités capillaires des tissus? Mais alors, n'y aurait-il pas une facilité tout aussi grande à sa résorption, et pourquoi une hydropisie aurait-elle lieu? Il y aurait du reste à répéter les expériences incomplètes qui ont été faites sur le sang dans des cas pareils, et à déterminer si le sérum diffère alors notamment de celui qu'on observe dans l'état de santé ou sur d'autres malades. Serait-ce encore que la sécrétion de l'urine se ferait en trop faible quantité, par suite de la lésion matérielle survenue dans le rein, et que de là résulterait la présence de plus d'eau dans le sérum et une tendance plus grande de celui-ci à être versé dans les cavités intérieures? Quoiqu'il en soit de ces théories, le fait n'en subsiste pas moins, et l'on

peut établir en diagnostic que l'albuminurorrhée abondante annonce souvent l'hydropisie, et que la collection de sérosité dans les cavités séreuses, est souvent un symptôme de néphropathie avec écoulement d'urine albumineuse.

2146. A l'état chronique, le sang peut encore être altéré par suite de la résorption des liquides qui sont accumulés dans la substance ou dans les voies d'excrétion du rein. C'est une grande question que de savoir si la présence de l'urée, qu'on a retrouvée dans le sang, à la suite des maladies des voies urinaires, a été le fait de la résorption de ce principe après sa formation et son accumulation dans une cavité, ou bien si ce principe s'est formé de toute pièce et avant d'être sécrété, dans le sang. La première partie de la proposition est surabondamment prouvée par les phénomènes d'urohémie qui suivent les rétentions d'urine; la seconde, bien qu'appuyée par des expériences très probantes, ne serait applicable qu'à des cas moins nombreux, et est encore sujette à contestation. Dans l''état actuel de la science, les symptômes dénotant la présence de l'urine dans la circulation, doivent faire rechercher avec le plus grand soin s'il n'existe pas, vers quelque point de l'appareil urinaire, des obstacles au cours des liquides qui le traversent.

2147. Dans les affections des voies urinaires, et notamment du rein, accompagnées de suppuration et de séjour de pus dans les tissus, la résorption de celui-ci peut avoir lieu; il en peut résulter la pyohémie (853 *ter*), et ses suites; telles que des pneumonites lobulaires, des abcès métastatiques, l'entérorrhée pyohémique, etc. Nous avons observé plusieurs fois des faits de ce genre, et l'un

d'eux, qui m'est commun avec M. Leroy d'Etiolles, cas où la vessie contenait du pus, a été remarquable par l'invasion consécutive d'une pneumonite, d'une oblitération de l'artère axillaire et d'une encéphalomalaxie du même côté. (*Bulletin de l'Académie royale de Médecine*, tome 1er, page 274).

2148. Dans la néphropathie, lorsque l'urine se supprime ou diminue notablement de proportion, il arrive parfois qu'une sueur assez abondante, visqueuse et ordinairement fétide, se manifeste chaque nuit. Ce fait était surtout remarquable sur la malade dont il a été précédemment parlé (2140). Il serait utile de rechercher chimiquement si, dans des circonstances pareilles, la sérosité perspirée contiendrait de l'urine. Il résulte du fait qui vient d'être signalé, que dans les cas où une sueur abondante aurait lieu pendant la nuit, sans qu'on en découvrît la cause dans des affections d'organes autres que le rein, il faudrait s'enquérir avec soin de l'état matériel de l'appareil urinaire et des symptômes fonctionnels auxquels il donnerait lieu.

2149. Sous l'influence des affections du rein, la respiration peut être altérée. Arrive-t-il qu'il y ait une hypernéphrotrophie considérable, il y a refoulement des viscères de bas en haut, gêne à l'abaissement du diaphragme et tendance à l'anhématosie (856). Une néphralgie intense, produite ou non, par un calcul, existe-t-elle? L'inspiration et les grands efforts inspirateurs sont extrêmement douloureux. De là, une série d'accidens consécutifs qui peuvent se manifester du côté de l'appareil respiratoire. Le mouvement fébrile lui-même, résultat de la néphropathie ou de l'urohémie, accélère la respiration qu'en même temps la douleur rénale rend souvent difficile.

2149. Les testicules deviennent parfois très douloureux dans la néphropathie, et cela, bien qu'on ne trouve dans ces organes, aucune lésion anatomique évidente. Alors, ils sont souvent relevés vers l'abdomen et resserrés, en quelque sorte, par suite d'une contraction spasmodique des muscles crémasters. C'est du côté du rein malade que le testicule présente ces symptômes qui deviennent des signes importans dans les maladies des reins, et qui conduisent à reconnaître quel est celui de ces organes où l'affection a son siége. On se rend compte physiologiquement de cette corrélation de souffrance entre le rein et le testicule correspondant, par les connexions intimes existantes entre les plexus rénal et spermatique.

2150. Les malades atteints de néphropathie plus ou moins chronique, ont en général (bien qu'à un degré moins prononcé que ceux qui portent des affections de la vessie et de l'urèthre) un caractère difficile et morose. Ils se tourmentent plus que d'autres sur leur santé et sont fréquemment des sujets de tourmens pour eux-mêmes et pour le médecin. Parmi eux se trouvent de nombreux détracteurs de la médecine, ce qui doit bien leur être pardonné, car il en est trop qui ont imploré sans succès les ressources de l'art.

2151. Du reste, les affections chroniques du rein ne troublent guère d'une manière directe les fonctions cérébrales. A l'état aigu même, la néphrite peut exister sans qu'il y ait d'autres symptômes du côté du cerveau, que les douleurs causées par la maladie et l'influence qu'elles ont sur l'intelligence; mais s'il arrive que l'urohémie se déclare d'une manière énergique et rapide, il y a souvent du délire, parfois porté jusqu'à la fureur.

Plusieurs malades présentaient, toutes les fois qu'ils étaient atteints d'une rétention d'urine, deux ou trois accès assez semblables ceux à des fièvres intermittentes pernicieuses céphalalgiques accompagnées de délire, et qui se dissipaient lorsque l'on avait évacué l'urine.

## DIAGNOSTIC

### SPÉCIAL ET COMPARATIF DES ÉTATS ORGANO-PATHOLOGIQUES DES REINS ET DES URETÈRES.

2152. *Néphropathie* (souffrance du rein considérée en général). *Néphrohémie* (congestion sanguine du rein). Elle est peu connue, on pourrait peut-être lui rapporter quelques-unes des formes des affections suivantes.

2153. *Néphrite.* Douleur dans le lieu où l'anatomie, la palpation, la percussion plessimétrique apprennent que le rein se trouve placé, par conséquent, très profondément dans la région lombaire, dans le flanc et dans l'abdomen ; au-dessous du foie à droite, de la rate à gauche, latéralement à la colonne vertébrale. Les caractères et les degrés de cette douleur sont très variables en intensité. Il peut y avoir des formes de néphrite où la douleur soit sourde et très peu apparente, tandis que dans d'autres, elle est portée à une extrême énergie. Il paraît qu'elle est plus intense lorsque la maladie a son siége dans le bassinet et les calices (pelvitis rénal de M. Rayer), que dans les cas où elle affecte la substance tubuleuse ou corticale du rein. Il y a cependant bien des recherches à faire sur ce sujet. Cette douleur, sur-

tout dans les cas d'hypernéphrotrophie (2163), se propage souvent à l'aine, aux testicules, à la cuisse : cela a surtout lieu lorsque les nerfs des plexus lombaire et spermatique sont comprimés par la tumeur. Le plus souvent, il y a co-existence d'hypertrophie du rein (2163). Les tégumens de la region occupée par cet organe, peuvent présenter une chaleur plus vive que les autres points de l'abdomen ou du corps. L'urine offre de très grandes variations : elle est quelquefois à peine altérée dans sa couleur, bien que la plupart des symptômes de la néphrite existent; d'autres fois, elle est trouble, sédimenteuse, et quand la maladie a duré quelque temps, ce sédiment présente un aspect bourbeux, grisâtre et parfois puriforme. Ceci a surtout lieu lorsqu'il s'agit d'un *pelvitis rénal* ou d'une uretérite. Du sang est souvent mêlé avec le fluide urinaire (voyez plus bas *Hémonéphrorrhagie*). En général, dans la véritable néphrite, ce sang est bien mélangé avec l'urine et la teint d'une manière uniforme. Dans plusieurs des nuances de néprhite aiguë, de l'albumine est souvent contenue dans l'urine et y est reconnaissable par la chaleur et par l'acide nitrique qui y forment des précipités beaucoup plus abondans que dans d'autres affections aiguës. (V. plus bas *Albuminurorrhée*), et par l'agitation du liquide qui la fait mousser. Ce dernier caractère est d'une faible importance. Quelquefois, la quantité d'albumine urinaire est si forte dans la néphrite, que le coagulum forme une huitième partie du liquide, ou même davantage. Trouble dans l'action du tube digestif; nausées, vomissemens plus ou moins considérables et répétés; tenesmes, douleur du ventre partant, il est vrai, des régions rénales, mais s'étendant dans les autres points de l'abdo-

men. Quelquefois, souffrance de la vessie, cystite ou rétention d'urine consécutive à la présence des produits altérés dans le réservoir urinaire et à la difficulté de leur excrétion; accélération dans l'action du cœur; fièvre vive, pouls fréquent, dur, vibrant dans certains cas; d'autres fois, mou et ondulant; quelquefois, accès fébriles et en petit nombre, assez analogues à ceux des fièvres intermittentes; faciès spécial; rougeur vive et circonscrite des joues, tranchant d'une manière manifeste sur le fond blanc de la peau; yeux brillans; teinte vermeille des capillaires; sueur abondante et quelquefois d'une odeur urineuse : peut-être y pourrait-on, dans quelques cas, reconnaître de l'urée. Respiration rendue plus ou moins difficile par la douleur rénale; les accès de toux, les efforts d'inspiration exagèrent souvent celle-ci. Il y a parfois du délire qui, dans certains cas, peut être furieux. Ceci a surtout lieu à la suite de la résorption de l'urine, alors qu'il arrive que, consécutivement à la néphrite, le fluide est retenu dans quelque partie de l'appareil urinaire. Les testicules sont souvent rétractés vers l'abdomen et se rapprochent de l'anneau. C'est celui du côté malade qui offre surtout ce symptôme. Il y a quelquefois, au bout de la verge, sur l'homme, et du canal de l'urèthre, sur la femme, une insupportable démangeaison et des besoins fréquens d'uriner ont parfois lieu. L'exercice augmente souvent les douleurs, et celles-ci sont parfois portées à un tel point, que le malade ne sait quelle position prendre : la station les augmente; le corps est courbé en avant pour les rendre moins vives, etc. A ces phénomènes, se joignent souvent les circonstances commémoratives d'anciennes hématuries, de

graviers rendus par le malade (2161), de causes physiques tels que des coups, des chûtes, des blessures portés ou faites sur la région des reins. C'est en général vers l'âge mûr que se manifeste la néphrite, et souvent ceux qui en sont atteints, ont éprouvé précédemment quelque affection de l'urèthre, de la vessie, etc.

2154. Ces symptômes se retrouvent avec des nuances aussi tranchées dans l'*hypernéphrite* (néphrite très aiguë), surtout dans celle que causent des calculs ou des graviers plus petits; mais dans une foule d'autres formes il ne faut pas s'attendre à les trouver ainsi réunis, et on peut admettre une *hyponéphrite* (néphrite faible), *une chrono-néphrite*, etc. (néphrite chronique), dans lesquelles les caractères de l'inflammation seront infiniment moins marqués que dans le tableau précédent. Celui-ci ne pourra servir alors que pour faire apprécier les couleurs les plus vives de la maladie et pour faire juger des nuances plus légères, en apprenant à distinguer les teintes les plus foncées. En général, à quelque degré qu'existe une véritable néphrite, ce sera toujours dans les caractères suivans : douleur rénale, tumeur du rein (2163); sang, albumine, pus, sédimens, graviers existans dans l'urine, troubles dans la sécrétion de ce liquide, qu'il faudra rechercher les signes d'une affection inflammatoire du rein. La *pyo-néphrite* ou néphrite avec suppuration, se reconnaîtra souvent aux caractères précédens, joints à la présence du pus dans l'urine, ou d'une tumeur avec fluctuation, existante dans la région des reins.

2155. *Hyperurorrhée* (diabétès), écoulement d'urine de beaucoup supérieur à celui qui a lieu dans l'état normal). On en admet deux variétés : hy-

pérurorhée proprement dite (diabétès non sucré), hypérurorrhée saccharine (diabétès sucré). Elles ont pour caractères communs un flux très abondant d'urine, qui souvent est le seul symptôme qui d'abord les annonce. Les quantités de ce fluide sont quelquefois portées à des quantités énormes (20 litres et beaucoup plus dans les 24 heures). Dans l'hyperurorrhée saccharine, l'urine a un goût sucré ; le sucre est retrouvé dans celle-ci, par l'analyse chimique, en cristaux bien formés ; le liquide urinaire forme un sirop par l'évaporation, et est susceptible de passer par la fermentation alcoolique, et de donner tous les produits de cette fermentation. Dans ces deux sortes de diabétès, l'urine est très limpide, semblable à de l'eau ; elle ne contient plus d'urée ou n'en renferme que de petites proportions qui y ont été reconnues par M. Barruel. Quand la maladie s'aggrave, les caractères précédens de l'urine deviennent de plus en plus tranchés. Quand elle s'améliore, on retrouve parfois de l'albumine dans le liquide urinaire, et plus tard, de l'urée.

2156. A côté de ces symptômes principaux, se joignent un certain nombre de phénomènes. Le malade éprouve fréquemment, dans la région des reins, un sentiment de gêne ou de douleur sur lequel a beaucoup insisté M. Dezeimeris. Une soif, plus ou moins vive, a lieu. Il serait utile de rechercher, comme circonstances commémoratives, et pour éclairer l'histoire des causes et de la nature de la maladie, si la soif précède le diabétès, et si le malade a beaucoup bu avant l'invasion de celui-ci, ou bien si la soif et la préhension abondante des boissons ont eu lieu postérieurement à l'hyperurorrhée. Il m'a paru évident, dans plu-

sieurs cas, que le flux abondant d'urine avait suivi l'abus des boissons aqueuses. La peau, la bouche, deviennent sèches, la membrane qui tapisse cette cavité est parfois, comme je l'ai vue sur un malade, d'un rouge-cerise intense, et tel que je ne l'ai pas observée dans tout autre cas. Quelques symptômes consécutifs ont souvent lieu du côté du tube digestif. A la longue, l'affaiblissement survient; il est souvent accompagné d'un mouvement fébrile, d'autant plus pénible à supporter, qu'en même temps existe une chaleur intérieure intense, et un sentiment de soif insatiable. Cette affection, dont la marche est constamment lente, se termine par le marasme et la mort, à moins que l'on ne parvienne à arrêter le flux immodéré d'urine qui épuise le malade.

2157. *Hémonéphrorrhagie* (hémorrhagie rénale). L'écoulement de sang, provenant du rein, peut avoir lieu : 1° par une plaie extérieure; on n'aurait d'autres moyens d'en reconnaître la source que le siége de la plaie, sa direction vers le rein, et le mélange du sang avec une certaine quantité d'urine, surtout si elle sortait par la blessure; 2° soit dans le parenchyme du rein, soit dans les bassinets et le calice où le sang serait retenu par un calcul ou par toute autre cause mécanique, et ceci ne pourrait être éclairé que par l'existence constatée d'une tumeur rénale (2163) ayant succédé à une hématurie : une dame portait une tumeur semblable. Elle fut prise d'un écoulement abondant de sang par l'urèthre, la tumeur disparut, puis revint plus tard. Il était évident qu'il s'agissait ici d'une cavité dans le rein où le sang s'accumulait; 3° le sang peut s'écouler avec l'urine, ce sont là les hémorrhagies dont il convient surtout de parler ici.

2158. Dans l'hémo-néphrorrhagie, l'urine offre souvent une couleur rouge vermeille qu'il faut bien distinguer de la teinte rouge jaunâtre qu'offre parfois, dans d'autres maladies aiguës, le liquide sécrété par les reins. Tantôt le sang teint uniformément l'urine, et d'autrefois il se dépose au fond du vase qui la contient, sous forme de molécules disgrégées, ou encore de caillots variables en volume. Ceux-ci affectent parfois l'apparence cylindroïde due à leur séjour dans l'uretère; alors ces caillots sont le plus souvent rendus pendant, ou immédiatement après l'émission de l'urine. Si le sang vient des parties de l'appareil urinaire situées au-dessous du col de la vessie, c'est, au contraire, dans les premiers temps de l'écoulement de l'urine que le sang paraît. Cette remarque qui, du reste, pourrait souffrir de nombreuses exceptions, est applicable aux divers produits (mucosités, pus, etc.), qui peuvent être évacués par l'urèthre. Le microscope servirait ici à reconnaître s'il s'agissait de globules de sang ou de tout autre sédiment, et l'analyse chimique constatant l'existence de la fibrine dans l'urine, leverait aussi les doutes qu'on pourrait conserver. Du reste, les signes propres à faire reconnaître qu'il s'agit d'une hémorrhagie rénale sont de deux sortes : 1° les uns sont positifs : circonstances antécédentes de graviers, de douleurs rénales ou de toute autre souffrance dans la région des reins, sang mêlangé avec l'urine et qui y est en quelque sorte dissous; 2° les autres sont négatifs, c'est-à-dire que la palpation directe, le cathétérisme, la percussion, les signes fonctionnels, les circonstances commémoratives, n'indiquent pas l'existence de lésions de la vessie ou de l'urèthre qui puissent rendre

compte de l'hémorrhagie. Celle-ci est quelquefois assez abondante, bien que les personnes qui en sont atteintes meurent rarement de la perte de sang, mais bien des accidens que causent les lésions organiques, dont l'hémonéphrorrhagie est un des symptômes (calculs, carinômes, etc., développés dans les reins).

2159. *Albuminurorrhée* (présence de l'albumine dans l'urine en proportion considérable; maladie de Bright; albuminurie de M. Martin Solon). Les caractères de cette affection consistent principalement dans la présence de l'albumine dans l'urine, constatée : par l'aspect mousseux de l'urine lors de son agitation avec l'air; par le coagulum abondant qui s'y forme d'une manière continue et plusieurs jours de suite, sous l'influence de l'acide nitrique et de la chaleur. Il faut toujours faire usage de ces deux réactifs, alors qu'on veut reconnaître d'une manière positive l'albuminurorrhée. Très souvent il y a eu, sur les malades atteints de cette affection, des hémonéphrorrhagies, ou des douleurs dans la région des reins. Lorsque la maladie a duré pendant quelque temps, il se forme des collections séreuses dans le tissu cellulaire, le péritoine et les autres cavités séreuses. Très ordinairement, les reins sont hypertrophiés et reconnus tels par la palpation et la percussion. Nous renvoyons pour plus de détails sur la maladie de Bright à ce qui a été dit précédemment (2114).

2160. *Lithourorrhée* (excrétion de calculs avec l'urine, gravelle). Les caractères des diverses espèces de gravelles ont été déjà indiqués ailleurs (2097).

2161. *Litho-néphrite* (néphrite calculeuse). La présence des graviers dans le rein, n'a d'autres

signes que la co-existence de gravelle anciennement rendue ou actuellement évacuée avec l'urine, et des symptômes de la néphrite, ou du moins de néphropathie. Cependant, si plusieurs calculs se trouvaient engagés dans les cavités rénales, s'ils se touchaient et s'ils étaient susceptibles d'exécuter des mouvemens les uns sur les autres, l'auscultation fournirait un signe précieux de leur existence. Il suffirait, en effet, de faire exécuter certains mouvemens au malade, ou de palper, de presser la région du rein, en même temps qu'on l'ausculterait, pour produire un bruit en rapport avec la présence des calculs. De toutes les espèces de néphrites, et même d'hypernéphrotrophies, celles qui sont produites par des calculs formés dans le rein, ou engagés dans l'urétère, sont les plus fréquentes. Voyez, du reste, les paragraphes précédens (2153, 2154).

2162. *Hydronéphrectasie* (hydropisie du rein). Ses signes, à part quelques caractères qui vont être indiqués, sont les mêmes que ceux de l'état organo-pathologique suivant :

2163. *Hypernéphrotrophie* (augmentation dans le volume du rein). Celle-ci est reconnue par la palpation qui, pratiquée en avant (2055), en arrière et sur le côté, fait trouver le rein plus volumineux qu'à l'ordinaire. S'agit-il d'apprécier l'épaisseur de la glande rénale? une main est portée profondément en avant, l'autre en arrière, jusqu'à ce qu'on sente, dans la région des reins, un corps solide; par l'étendue de l'espace interposé, on juge de l'épaisseur de la tumeur qu'on explore. S'agit-il d'en apprécier la forme? la main est placée à plat et exerce de légers mouvemens d'allée et de venue qui permettent de palper la surface bosselée ou arron-

die et globuleuse que cette tumeur présente. Veut-on connaître sa dureté et son élasticité? on exécute de légères pressions. Veut-on y saisir le flot? on se sert du procédé indiqué pour la fluctuation périphérique, etc. (1335).

2164. La plessimétrie, en déterminant la forme et les rapports des organes voisins : foie, rate, estomac, intestins, vessie, utérus, etc., sert d'abord à limiter la tumeur et à la circonscrire ; elle fait trouver : 1° une matité en arrière, dans la région lombaire, au niveau des reins, dans une étendue plus considérable d'un côté que de l'autre et qui s'étend sur le point malade, à plus deux de pouces, et demi de l'épine vertébrale ; 2° la continuation du son mat dans le flanc correspondant au rein affecté ; 3° une matité dans les régions abdominales, situées au-dessous du rebord costal, et latéralement à la ligne médiane ; matité qui existe à une profondeur moins considérable qu'à l'ordinaire ; 4° des degrés variables de dureté en rapport avec l'espèce d'hypertrophie rénale, avec la dureté ou la mollesse de la tumeur, etc. (2073). La forme du ventre est souvent modifiée, de telle sorte, lorsque la maladie est portée à un haut degré, que le flanc est très saillant, très bombé, et les côtes écartées de l'axe du corps. Les tumeurs rénales varient infiniment de volume et de forme. Elles sont en général bosselées et inégales et font parfois une saillie remarquable vers la région lombaire. Ceci a surtout lieu lorsqu'elles contiennent du pus, circonstance qui porte à croire avec M. Rayer que, dans quelques cas, on pourrait ici avoir recours à la néphrotomie, sans crainte de voir le liquide pénétrer dans le péritoine ; elles acquièrent quelquefois un volume énorme. Leur dureté est par-

fois variable sur des points divers de leur étendue.

2165. Par leur présence, elles gênent parfois le cours du sang veineux et causent ainsi l'hydropéritonie si c'est la veine porte qu'elles compriment; l'œdème des extrémités inférieures, s'il s'agit de la veine cave inférieure. Elles occasionnent des crampes vives ou de la faiblesse dans l'action des membres correspondans, et cela par suite de la compression des nerfs lombaires. Elles causent des douleurs dans la testicule, car elles touchent au plexus spermatique. Leur masse gêne l'action de l'estomac, des intestins, l'abaissement du diaphragme, etc. Elles s'ouvrent parfois dans la cavité du ventre, et causent alors une péritonite promptement mortelle. (M. Rayer et moi, nous avons observé en ville un cas de ce genre). Les tumeurs rénales sont très ordinairement précédées, accompagnées ou suivies des symptômes de néphrite, de néphrorrhagie, d'abuminurorrhée, de dépôts urinaires, de suppression d'urine, de gravelle, etc., circonstances importantes à noter et qui suffisent presque toujours, ainsi que le siége de la maladie, à distinguer l'hypernéphrotrophie de toute autre affection abdominale (nos 1878, 2010; voyez encore les *tumeurs ovariques, utérines*, etc.) Quant au diagnostic différentiel des diverses tumeurs rénales entre elles, on peut dire qu'en général celles qui sont formées par de la sérosité (hydronéphrectasie) par l'urine pure ou mélangée (néphrectasie urinaire ou purulente), sont rénitentes, bosselées, et n'offrent pas de résistance au doigt qui les percute, et qu'on y trouve une fluctuation obscure; que dans celles où le tissu est hypertrophié ou dégénéré, on rencontre de la dureté à la palpation et à la percussion;

qu'alors, aussi, il n'y a pas de fluctuation; que dans le cas d'hydatides, réunies en grand nombre dans un kyste commun, on pourrait trouver le frémissement qu'elles causent à la main qui palpe ou percute; que dans le cancer (néphrosarcomie), on trouve le faciès spécial, les circonstances commémoratives, parfois les douleurs, l'état général propres à cette affection, et de plus, un toucher très inégal et très dur de la tumeur, etc.; que la *néphro-strumosie* (tubercules dans le rein) ne peut guère être supposée que par la co-existence d'une pneumostrumosie (phthysie pulmonaire) et d'une néphropathie.

2166. *Néphroarctie*, *uretérarctie* (coarctation, oblitération des cavités du rein ou de l'urétère). Celles-ci peuvent être soupçonnées, dans certains cas, par la suppression brusque ou la diminution d'urine ayant succédé à des symptômes de néphropathie ou d'uretérite et qui serait accompagnée aussi de la formation de tumeurs rénale ou uretérale. Cette dernière serait reconnaissable dans quelques cas, sur les côtés de la colonne vertébrale, par la palpation (2044) et par la percussion plessimétrique.

2167. *Néphralgie*, *dysnéphronervie* (douleurs névralgiques dans le rein, troubles dans son action nerveuse). On ne peut soupçonner l'existence de névralgies du rein que dans les cas où des douleurs, qui auraient leur siége sur des points correspondans à cet organe, alterneraient avec d'autres névralgies. Presque toujours, la néphralgie est consécutive à quelque cause physique et mécanique, qui modifie le tissu du rein. Quant aux troubles de sécrétions rénales : augmentation, diminution, aberrations (telles qu'albuminurorrhée,

hypérurorrhée, etc.), attribuées, par des auteurs, à un trouble dans l'action nerveuse du rein : on n'a pas fait assez de recherches sur ce sujet et pour admettre comme faits de semblables explications.

2168. Quant à l'existence de corps étrangers animés, tels que *des hydatides isolées, des strongles,* ce ne serait que l'évacuation de ces vers avec l'urine et la co-existence de la néphropathie qui pourraient les faire admettre comme cause ou complication de celle-ci (1).

## §. 4. *Exploration de la vessie et du canal de l'urèthre.*

2169. Les maladies de la vessie sont en général rangées au nombre des affections dites chirurgicales. Il en est un grand nombre parmi elles que l'homme le moins versé dans la pratique des opérations doit connaître et qu'il peut être appelé à guérir. C'est encore là un de ces ordres d'affections où l'on ne pourrait tracer de limite fixe entre le domaine du chirurgien et celui du médecin. Il faut donc nous occuper ici du diagnostic des états organo-pathologiques de la vessie, au moins sous le rapport des maladies médicales. On peut en dire autant des uréthropathies (affections de l'urèthre), pour le diagnostic spécial desquelles il y aura plus souvent à renvoyer aux traités spéciaux de chirurgie.

2170. Hors les cas si rares de rétroversion de la

---

(1) Les affections de l'uretère (euretèropathies, uretérite, etc.) et leurs diverses espèces ont des caractères analogues à celle du rein, et nous n'établirons pas ici leur diagnostic spécial. D'ailleurs, nous renverrons pour quelques-unes d'entr'elles à plusieurs des paragraphes précédens (2056, 2072, 2099, 2120, 2137, 2140, 2166.)

vessie et ceux de blessures ou de fistules qui établissent une communicatiou entre sa cavité et la surface de la peau, l'Inspection de la région occupée par cet organe, ne donne lieu à des résultats en rapport avec la présence ou la forme de celui-ci qu'autant qu'il est distendu par une grande quantité d'urine. Il faut, en effet, que cette quantité soit assez considérable, pour que la vessie s'élève au-dessus du pubis et fasse saillir la partie de l'abdomen correspondante. Dans certains cas, cette saillie devient manifeste; elle a lieu en bas sur la ligne médiane, et s'il n'y a qu'urocystieclasie (distension de la vessie par l'urine), les régions iliaques sont déprimées. Le plus ordinairement, il n'en est pas ainsi : la compression que le réservoir urinaire dilaté exerce sur le rectum, empêche la sortie des gaz; ceux-ci s'accumulent dans les intestins et produisent une aéro-entérectasie (tympanite intestinale) qui rend la forme du ventre plus ou moins arrondie. Cette forme ressemble assez bien à celle que l'on observe du troisième au cinquième mois de la grossesse. Du reste, la saillie du ventre est proportionnée, dans l'urocystiectasie, et toutes choses étant égales d'ailleurs, à la quantité de liquide accumulé dans le réservoir urinaire.

2171. L'inspection de la vessie, au moyen d'un spéculum approprié, a été proposée par M. Ségalas. Cet instrument ingénieux est peu en usage à cause de la difficulté de son emploi, du petit nombre d'applications qu'il présente, de la faible dimension qu'offre nécessairement son calibre et de sa grande longueur. Ces circonstances, très défavorables à l'examen que l'on veut faire, s'opposent à ce qu'on juge bien de l'apparence des parties situées à son extrémité. Peut-être, cepen-

dant, qu'avec de l'habitude on parviendrait à en tirer parti. Nous ne possédons aucun fait sur ce sujet, et nous renvoyons à l'ouvrage de M. Ségalas et à la note qu'il a communiquée à l'Institut sur le spéculum de la vessie.

2172. L'inspection du canal de l'urèthre peut être faite à son orifice extérieur. Il faut, dans l'uréthrite et dans quelques autres affections, examiner non seulement le pourtour de cette ouverture, mais encore l'intérieur du conduit. On peut parvenir à le voir jusqu'à quelques lignes de profondeur. Pour cela, on écarte les parois uréthrales, en pressant sur le canal d'avant en arrière et en examinant la membrane interne au grand jour ou à la lumière artificielle. De cette sorte, on y découvre des rougeurs, des écoulemens, et, s'il y existait des ulcérations, on pourrait parvenir à les voir. Dans le cas de calcul engagé dans l'urèthre, il serait à la rigueur possible que celui-ci fît saillie au niveau du sillon qui, séparant en avant les corps caverneux, loge le canal excréteur de l'urine. L'inspection peut encore faire reconnaître les orifices fistuleux de l'urèthre, l'hypospadias, etc.

2173. L'inspection du canal de l'urèthre, sur la femme, exige des connaissances anatomiques exactes de la forme du vagin et une certaine habitude. Il faut se rappeler que son orifice est situé derrière le clitoris; que cet orifice est souvent reconnaissable par une légère rougeur qui l'entoure et que, postérieurement et latéralement à cette ouverture, se trouvent les débris de la membrane hymen; que parfois aussi existent près de là des végétations, etc., et qu'il faut souvent de l'attention pour bien découvrir l'orifice uré-

thral. Du reste, l'exploration du canal de l'urèthre, sur la femme, conduit aux mêmes documens que celle du conduit excréteur de la vessie sur l'homme. Il est surtout utile de l'examiner lorsqu'il s'agit de distinguer l'uréthrite de la vaginite.

2172. La palpation de la vessie, exige la même position du malade que le palper des autres viscères abdominaux. On porte les deux mains ou l'une d'elles vers l'épigastre ; on suit le trajet de la ligne blanche, en descendant jusque vers le pubis, et on cherche à reconnaître s'il ne se trouve pas quelque corps solide dans le bas-ventre. Pour en juger, on presse, à l'effet de savoir s'il n'y a pas vers ce point quelque partie solide, ou tendue, ou résistante. On exerce des mouvemens latéraux avec la main ou les mains appliquées à plat sur les tégumens de la région sus-pubienne. On cherche s'il n'y existe pas un corps globuleux que l'on puisse y saisir. On porte profondément plusieurs doigts à droite, et plusieurs autres à gauche dans les régions iliaques : par la distance qui sépare ces doigts, au moment où ils touchent l'organe distendu, on apprécie la grosseur de celui-ci. D'autres fois on porte à plat une des mains au-dessus du rebord pubien, et, pressant jusqu'à ce qu'on rencontre un corps tendu et résistant, on suit celui-ci par en haut, et on plonge la main le plus profondément possible dans l'abdomen. De cette manière, on a la dimension en hauteur de la vessie pleine d'urine. Cet examen, d'une haute importance pratique, est sujet à erreur et souvent fort difficile. D'une part, en effet, il arrive souvent que les muscles abdominaux contractés partiellement en imposent pour la vessie dilatée. D'autres fois, la masse des intestins grêles distendus par

des gaz ou des matières, et circonscrite par les gros intestins, donne à la palpation la sensation d'un corps globuleux au doigt qui les presse. Ailleurs, encore, l'utérus volumineux, ou une tumeur ovarique, fait croire faussement à une dilatation de la vessie. Nous verrons, à l'occasion du diagnostic des états organo-pathologiques de ces parties, quels sont les caractères propres à faire éviter ces dernières méprises.

2173. Qand on veut juger de la capacité de la vessie et de la manière dont elle se prête à la distension (circonstance qui est loin d'être indifférente en diagnostic et en thérapeutique), il est bon de palper le bas-ventre le matin et lorsque plusieurs heures se sont écoulées depuis que le malade a uriné. D'autres fois, il est utile de faire retenir l'urine et d'explorer ensuite la région vésicale. Ces réflexions sont entièrement applicables à la percussion de la vessie.

2174. La palpation de cet organe peut encore se faire par le rectum sur l'homme (1777), et par le vagin sur la femme. Lorsque la vessie est pleine d'urine, le doigt introduit dans ces parties trouve, dans le premier cas, en avant et au-dessus de la prostate; dans le second, au dessus du canal de l'urèthre, et au devant du col utérin, une tumeur médiocrement élastique, et qui donne la sensation d'une membrane tendue. S'il existe un calcul urinaire, il se peut faire encore que le doigt le ressente vers cette partie du rectum ou du vagin qui correspond au bas fond de la vessie. C'est probablement ce fait qui a conduit à pratiquer la cystotomie par le vagin ou par le rectum comme M. Sanson l'a proposée et exécutée avec succès.

2175. Ce n'est que très rarement et dans les cas de

distension extrême de la vessie par l'urine, qu'il est possible, sur l'homme, de sentir au périnée une tumeur tendue et pleine de liquide, due à la présence de la vessie contenant de l'urine.

2176. On peut combiner la palpation de la vessie par le rectum et le vagin avec celle qu'on pratique par la paroi abdominale antérieure; c'est-à-dire qu'on exécute parfois, et avec avantage en même temps, ces diverses méthodes d'investigation. C'est de cette sorte que l'on peut découvrir le volume que présente la vessie remplie d'urine, et qu'il est possible, sur des enfans et sur des sujets à parois abdominales minces et débiles, de constater, sans avoir recours au cathétérisme, la présence de calculs volumineux dans la vessie.

2177. La palpation pratiquée suivant ces divers procédés, varie suivant les cas; ces procédés peuvent combinés entre eux servir à constater, d'après ce qui vient d'être dit, la présence de l'urine et de certains calculs dans la vessie. Le degré auquel l'urocystiectasie est portée permet de déterminer quels sont les rapports de la tumeur avec l'utérus, le rectum, etc., et enfin de reconnaître le siége réel de douleurs présumées exister dans le réservoir urinaire. S'il arrive, par exemple, qu'on rencontre sur un point où la palpation rencontre la présence de la vessie, une souffrance vive, manifestée ou exagérée par la pression, il y a tout lieu de croire que le réservoir urinaire est la partie malade.

2178. La palpation directe de l'urèthre sur l'homme peut se faire: 1° par le rectum, sur le périnée, dans l'étendue de la verge. Elle sert à y reconnaître les douleurs qui peuvent y exister et le point du canal véritablement affecté. En effet,

sur le lieu où la pression éveille la douleur, existe souvent la maladie. La palpation permet de distinguer la partie où existent des indurations, des inégalités en rapport avec des urétrarcties (rétrécissemens de l'urèthre); de constater la présence de corps étrangers, tels que des calculs engagés dans le canal uréthral; de savoir jusqu'à quelle hauteur la sonde peut arriver, et le point fixe où le rétrécissement empêche cet instrument de pénétrer plus avant, etc. Quant à la prostate, le doigt introduit dans le rectum sent très bien si elle est engorgée, volumineuse, et quelquefois si du pus y est accumulé. Par la douleur que la pression du doigt éveille dans la prostate, on peut juger aussi des maladies dont celle-ci est le siége.

2179. Sur la femme, la palpation de l'urèthre se fait par le vagin. C'est derrière la symphyse pubienne que l'on trouve ce conduit reconnaissable à sa forme allongée, cylindroïde, qui lui permet de rouler sous le doigt qui le presse, et de se déplacer légèrement d'un côté à l'autre. Il faut que le médecin et surtout l'accoucheur s'exercent bien à reconnaître par le palper le canal de l'urèthre sur la femme, et les divers états qu'il peut présenter.

2180. *La palpation médiate*, ou le cathétérisme de l'urèthre et de la vessie est une des opérations les plus importantes du diagnostic chirurgical, et qui ne peut être étrangère à celui qui se livre spécialement à l'étude des maladies internes. Il n'entre pas dans le plan de cet ouvrage de parler du cathétérisme simple, nous renvoyons aux ouvrages spéciaux sur ce sujet, ou aux traités de chirurgie, pour des détails plus étendus (1).

---

(1) Voyez la *Médecine Opératoire* de Sabatier avec les notes de

2181. Pour pratiquer le cathétérisme avec une sonde courbe, « le malade est généralement couché, la tête est soulevée à l'aide d'oreillers ; les jambes sont fléchies sur les cuisses, et celles-ci le sont sur le bassin en même temps qu'elles sont écartées. Les muscles abdominaux doivent être rélâchés, et le malade ne doit se livrer à aucun effort. Le chirurgien se place, en général, à gauche du malade, et choisit une sonde préalablement échauffée et proportionnée en volume, en longueur et en courbure à la conformation du sujet ; il l'enduit d'huile ou de cérat, et lui donne un degré de courbure un peu plus prononcé pour les enfans que pour les vieillards, et pour ceux qui ont la symphyse pubienne plus prononcée que pour les autres. »

2182. « Le pénis est saisi alors entre le pouce et les doigts indicateur et médius de la main gauche, derrière le gland dont le sommet est découvert, et d'un côté à l'autre, pour n'exercer aucune pression sur l'urèthre. De la main droite, l'opérateur tient l'algalie entre le pouce placé en haut, et les deux premiers doigts appliqués du côté opposé. La concavité de l'instrument correspond à l'abdomen, et sa tige est parallèle à la paroi antérieure de cette cavité. Le bec de la sonde doit alors être introduit dans le méat urinaire ; il suffit de la pousser ensuite avec légèreté, et de la laisser pénétrer par son propre poids, en quelque sorte, tandis qu'on rétrécit et qu'on étend la verge pour que son extrémité arrive en avant et au-dessous

---

M. Sanson. Voyez l'article *cathétérisme* du *Dictionnaire de Médecine pratique*; les *Mémoires* de MM. Amussat, Ségalas, Leroy d'Étioles, etc., sur les *Maladies des voies urinaires*. Voyez aussi, pour la description des sondes courbes et droites les *Traités de Chirurgie*.

de la symphyse du pubis. Durant ce premier temps de l'opération, la portion droite de l'instrument doit rester, comme en commençant, sur la même ligne que la surface de l'abdomen. »

2183. « Lorsque la sonde est arrivée à ce point, le chirurgien doit, en même temps qu'il continue de tendre le pénis, et par un accord parfait entre les mouvemens des deux mains, relever graduellement le pavillon de l'instrument, l'éloigner du ventre, le rendre vertical et enfin l'abaisser vers les cuisses du malade. La portion extérieure de la sonde décrit ainsi les deux tiers environ d'un arc de cercle, dont la partie moyenne de la symphyse est à peu près le centre, tandis que son bec contourne la base du ligament triangulaire, puis arrive à la portion membraneuse de l'urèthre, et s'engage enfin dans le col de la vessie, qu'il franchit. Un mouvement d'impulsion de bas en haut, et un peu d'avant en arrière, communiqué à l'instrument, est utile à la fin de ce second temps de l'opération pour faire pénétrer la sonde dans le réservoir de l'urine. La sensation d'un obstacle assez distinct, suivie de celle d'une résistance vaincue tout à coup, annoncent presque toujours l'instant où le bec de l'instrument s'engage dans la partie la plus reculée de l'urèthre, et ensuite celui où délivrée de toute pression, il plonge dans la vessie. »

2184. « En général, il faut chercher, lorsqu'on pratique le cathétérisme, à faire suivre au bec de la sonde la paroi supérieure du canal de l'urèthre plutôt que sa partie inférieure, parce que celle-ci présente non-seulement de la mollesse et de nombreux replis, surtout sur les vieillards, mais encore les orifices des glandes de Cowper, le veru

montanum; circonstances d'organisation qui peuvent arrêter l'extrêmité de l'instrument et gêner l'opération. »

2185. « Si, dans sa marche vers le réservoir de l'urine, la sonde est arrêtée et se refuse tout à coup à pénétrer plus avant, le chirurgien, au lieu d'insister et de pousser avec plus de force, doit suspendre lui-même toute pression ultérieure, se rendre compte des rapports de l'instrument avec les diverses parties du canal, examiner l'état du sujet, et se décider en conséquence des phénomènes qu'il pourra observer. »

2186. On trouvera à l'article Cathétérisme du dictionnaire de médecine pratique dont les passages précédens sont extraits, quelles sont les précautions que le cathétérisme exige dans quelques cas, telles que la nécessité où l'on peut être de changer de sonde, et d'en prendre de divers volumes, de leur donner des courbures variées, de prescrire quelquefois des bains, etc. Nous emprunterons encore au même ouvrage les réflexions suivantes :

2187. « Au plus léger obstacle qu'ils rencontrent, quelques chirurgiens s'empressent d'introduire dans le rectum le doigt indicateur de la main gauche, afin de soutenir et de diriger le bec de l'algalie. Cette manœuvre, quelquefois dangereuse, doit être soumise à des règles encore mal déterminées. En distendant l'anus, en soulevant la prostate, en portant le périnée vers la symphyse du pubis, on présente évidemment à l'extrêmité de la sonde la paroi inférieure de l'urèthre, avec les enfoncemens et les orifices des follicules que nous y avons notés. L'introduction du doigt dans l'anus doit avoir lieu pour explorer l'état des parties, et pour s'assurer positivement de la position de l'al-

galie. Les notions que l'on obtient de cette manière sont souvent précieuses. »

2188. « On reconnait que la sonde est arrivée à la vessie : 1° par la sensation ordinairement distincte d'un obstacle surmonté (2183); 2° par la sortie immédiate de l'urine à travers le canal de l'algalie, signe qui n'a pas lieu lorsqu'on fait usage d'instrument pleins, tels que le cathéter, etc.; 3° par la profondeur à laquelle on a pénétré et qui dépasse d'une étendue plus ou moins grande, la longueur présumée de l'urèthre; 4° enfin par la facilité avec laquelle on imprime à l'algalie, soit des mouvemens de haut en bas, soit des mouvemens de rotation. »

2189. Le procédé de cathétérisme, dit le tour de maître, n'aurait aucun avantage comme moyen médical d'exploration, sur celui qui vient d'être décrit. Nous en dirons autant de l'emploi des sondes droites. Rappelons seulement ici que le cathétérisme *rectiligne* est une acquisition précieuse pour la chirurgie, et bien que l'on ait découvert des sondes droites dans les ruines d'Herculanum, ce qui prouve que les anciens connaissaient ce procédé, c'est à M. Amussat que la science des modernes en est redevable. Si ce chirurgien habile n'avait pas fait connaître ce mode de cathétérisme, on se demande si la lithotritie eût pu être inventée par M. Leroy d'Etiolles et pratiquée ou perfectionnée ultérieurement.

2190. « Le cathétérisme explorateur peut être pratiqué avec des sondes molles ou avec des bougies flexibles et peut être exécuté dans la situation couchée du sujet, ou pendant qu'il se tient debout; cependant cette dernière position est plus favorable que l'autre. Le malade alors, doit être devant le chirurgien, le pénis étant allongé avec la main gauche comme s'il s'agissait du cathétérisme avec un instrument droit.

On porte dans le méat urinaire l'extrémité de l'instrument, préalablement enduit d'un corps gras; puis on continue à le pousser en le tournant entre les doigts, jusqu'à ce qu'il pénètre dans la vessie. Ce mouvement doit être exécuté avec lenteur et de telle sorte que la sonde marche en avant, à peu près comme le ferait une vrille qu'il s'agirait de faire pénétrer dans un corps plus ou moins solide.

2191 « L'opération du cathétérisme est toujours plus simple et plus facile à pratiquer sur la femme que sur l'homme. L'algalie dont on fait usage alors est longue de six à huit pouces et à peine recourbée à son extrémité. La malade étant couchée sur le dos, les cuisses à demi-fléchies et écartées, le chirurgien placé au côté gauche de son lit, sépare avec le pouce d'une part, et de l'autre avec les doigts médius et annulaire de la main gauche, les grandes et les petites lèvres; puis glissant l'indicateur de la même main le long du vestibule, il reconnaît le léger enfoncement qui au toucher marque immédiatement au dessus de l'entrée du vagin, l'orifice de l'urèthre. Guidée par ce doigt, l'extrémité de l'algalie, convenablement enduite d'un corps gras, doit être dirigée vers l'enfoncement dont il s'agit, engagée dans l'urèthre et portée vers la vessie. La concavité de l'instrument est constamment dirigée vers la symphyse; si l'on éprouvait quelques difficultés à pénétrer dans le col vésical, de légers mouvemens de rotation et l'abaissement du pavillon de la sonde la feraient ordinairement disparaître. Dans les cas les plus sérieux, le doigt introduit dans le vagin permettrait de reconnaître aisément la nature de l'obstacle et fournirait dès lors l'indication des moyens à employer pour y remédier. Le chirurgien doit s'habituer à pratiquer le cathétérisme sur la femme à

l'aide du toucher sans qu'il soit besoin de découvrir la malade et d'exposer à la vue les organes de la génération.» (Lallemand et Bégin). (1)

2192. Quel que soit le procédé que l'on emploie pour sonder l'urèthre de l'homme ou de la femme, et cela dans l'intention de reconnaître les affections dont les malades peuvent être atteints, il faut procéder dans cette opération avec lenteur, circonspection; explorer à l'aide du bout de la sonde, qu'elle est la dureté ou la mollesse des obstacles qui peuvent se présenter; noter si l'instrument s'introduit difficilement dans l'urèthre; rechercher, dans le cas de rétrécissement, s'il n'est pas très exactement entouré et en quelque sorte serré par ceux-ci; s'il ne s'engage pas dans des lacunes, ou s'il ne rencontre pas de plis qui gênent sa marche; s'il ne s'engage pas dans de fausses routes; si la prostate n'est point indurée; si l'algalie y pénètre avec difficulté; si la prostate ne fait pas devier le bec de la sonde; si quelque point du canal n'est pas, beaucoup plus que d'autres, douloureux au cathétérisme; s'il ne se présente pas dans l'urèthre et au devant du bec de la sonde ou latéralement à cet instrument, quelque calcul qui puisse donner lieu non seulement à la sensation d'un corps dur, mais encore à un bruit particulier; s'il ne s'écoule pas de sang par le cathétérisme et pendant ou après qu'il a lieu.

2193. Relativement au diagnostic des états organo-pathologiques de l'urèthre, il faut encore se rappeler, avec M. Mayor de Lausanne, que très souvent des sondes d'un gros calibre traversent mieux ce

---

(1) J'ai cru devoir transcrire cet article de chirurgie, des écrits d'auteurs recommandables, parce que je craindrais que les procédés dont je me sers habituellement pour le cathétérisme soient moins avantageux que ceux de ces auteurs.

canal dont elles effacent les replis, que les algalies plus fines qui forment au devant d'elles des duplicatures de la membrane muqueuse uréthrale et sont par cela même plus exposées à trouver des obstacles; que s'il s'agit de rétrécissemens, on peut employer pour apprécier leurs formes, les porte-empreintes de Ducamp, mais que souvent ces moyens ont moins de certitude qu'on pourrait d'abord le penser; que s'il s'agit d'apprécier la profondeur de ces rétrécissemens ou de toute autre lésion uréthrale, la sonde graduée de cet habile explorateur est d'un grand secours; qu'on peut aussi utiliser, soit le petit stylet proposé par M. Ségalas, soit plusieurs instrumens proposés par MM. Amussat et Lallemand; mais encore une fois tout ceci n'est pas essentiellement médical et doit être renvoyé aux traités de chirurgie.

2194. Lorsque la sonde a pénétré dans la vessie, il faut noter : 1° s'il s'écoule du sang, du pus ou des mucosités avec les premières gouttes d'urine; ces divers liquides pouvant s'être introduits dans l'instrument pendant le cathétérisme; 2° qu'elle est la quantité, la couleur, l'odeur et les autres propriétés physiques de l'urine qui s'écoule; 3° si ce liquide est aussi clair dans ses premier jets qu'à une époque plus avancée de son excrétion; 4° si les dernières quantités d'urine ne sont pas troubles, sédimenteuses et purulentes; 5° si après avoir penché la sonde et l'avoir retourné vers le bas fond de la vessie, on ne ferait pas sortir quelque liquide muqueux ou puriforme qui serait accumulé dans cette dernière partie. Avant que l'urine soit entièrement vidée, il faut faire exécuter à l'algalie (et pour cela une sonde d'argent qui conduit mieux le choc et les sons est préférable à une algalie emplastique) des mouvemens variés, mais toujours légers et prudens, à l'effet de s'assurer

s'il n'y a pas de calculs, de fongosités ou des corps étrangers dans le réservoir urinaire. On sait du reste combien de telles recherches sont délicates et que les hommes les plus habiles ont quelquefois échoué au moment d'une opération dans la recherche d'un calcul que les jours précédens ils avaient rencontré. Ceci doit porter, lorsqu'il s'agit d'apprécier au juste par le cathétérisme, certains états de la vessie, et si l'on n'a pas soi-même une extrême habitude de cette opération, à s'éclairer de l'habileté et des lumières des hommes spécialement versés dans cette partie de la science.

2195. Les applications diagnostiques du cathétérisme de l'urèthre sont nombreuses. Cette opération sert à constater : 1° l'existence, le nombre, le degré, la disposition, le siége, la distance, l'étendue, la direction, la dureté ou la mollesse des retrécissemens de l'urèthre ou uréthrarcties; 2° à reconnaître si la prostate est ou non affectée, et si un engorgement de cette partie ne met pas obstacle au cours de l'urine; 3° à distinguer si cet obstacle n'aurait pas son siége sur quelque point du canal; 4° à découvrir des tumeurs fongueuses, saignantes, développées plus ou moins près de la vessie, et pouvant donner lieu à des hématuries dont la source serait mal déterminée; 5° à faire trouver des calculs engagés dans le canal uréthral; 6° à constater l'existence de fausses routes que des mains inhabiles ou imprudentes auraient pu faire, ou à préciser, dans le cas de tumeurs ou de fistules urinaires, quel est le point du conduit qui a livré passage au liquide infiltré ou épanché hors de ses voies d'excrétion; 7° à découvrir l'existence d'abcès de la prostate, et la source du pus rendue par une collection purulente voisine de l'urèthre, etc.

2196. Le cathétérisme explorateur de la vessie,

apprend à distinguer les unes des autres les diverses affections de cet organe : par les sensations que donne le bec de la sonde, il y démontre l'existence de tumeurs molles, fongueuses, ou d'inégalités de la membrane vésicale, d'hypertrophie de ses fibres charnues et de lacunes formées entre les saillies qui en résultent ; par le choc que la main ressent, et qui fait entendre un son particulier, il fait constater l'existence de calculs, et par la nature de ce choc, il sert assez bien à apprécier le degré de dureté de la pierre. Par la liberté des mouvemens du corps étranger dans la vessie au-devant de la sonde, il fait juger si celui-ci est libre et non enchatonné ; par la circonscription que l'extrémité de l'instrument fait du calcul, il sert à apprécier le volume de ce calcul ; par l'étendue à laquelle la sonde peut être portée dans la vessie, on juge de la dimension de celle-ci ; par la manière dont l'organe se resserre sur le cathéter, par la douleur qui en résulte on reconnaît quel est le degré de sensibilité et de contraction de la poche urinaire. Le cathétérisme explorateur, par l'écoulement des liquides auxquel il donne lieu, apprend quelles sont les quantités d'urine qui étaient contenues dans la vessie, et s'il s'est agi d'une acystinervie (paralysie de la vessie). Dans ce cas, la sonde a ordinairement pénétré sans obstacle jusque par de là le col vésical, et l'urine s'est écoulée en de grandes proportions. Il apprend si des circonstances d'organisation, telles que des engorgemens de la prostate, des retrécissemens uréthraux, des calculs vésicaux, ont seuls déterminé l'accumulation de l'urine dans son réservoir. Par l'écoulement des liquides variés auxquels la sonde livre passage, on apprécie encore des résultats du même genre que ceux qui ont été indiqués précédemment à l'occasion de l'examen de

l'urine (2080 et suiv.), par le tems du cathétérisme, durant lequel telle ou telle espèce de liquide est évacué, on juge encore assez bien du lieu où ces liquides se trouvaient; c'est ainsi que s'ils s'écoulent avec les premières gouttes d'urine, ils proviennent d'une partie située au-dessous du col vésical ; que s'ils sortent seulement à la fin de l'évacuation urinaire, ils ont été déposés dans la vessie, et cela soit qu'ils aient été formés par cette poche membraneuse, soit qu'ils y aient été portés par l'uretère, etc.

2197. Le cathétérisme, employé comme moyen d'exploration, sert encore à apprécier les rapports de la vessie avec les organes voisins, et si la matrice, le rectum, etc., sont le siége de quelque changement de position ou de quelque hypertrophie ; il apprend si des tumeurs situées en dehors de la vessie viennent à presser sur elle, etc.

2198. Il résulte de tout ceci que le cathétérisme soit uréthral, soit vésical, est l'un des moyens les plus puissans et les plus variés du diagnostic, et que le médecin, même le moins versé dans la connaissance des maladies chirurgicales, doit savoir se servir de la sonde exploratrice. Sans cela, il s'expose à confondre les maladies dites médicales entre elles, et à commettre les méprises les plus grossières.

2199. *La percussion* de la vessie n'est applicable qu'aux cas où cet organe est distendu par l'urine. Faite directement, elle a si peu d'utilité, qu'elle était à peu près inusitée, et que les chirurgiens, dans l'intention de rechercher si le réservoir urinaire est plein ou vide, se bornaient à palper l'abdomen. Le doigt est encore ici fort insuffisant, et il est indispensable de se servir d'un plessimètre gradué ou de toute autre plaque mince et solide, qui puisse donner des résultats plus positifs et plus variés. Il est

d'autant plus utile d'employer la plaque d'ivoire, que plusieurs des points de la vessie qu'il s'agit souvent d'explorer, sont recouverts par une masse plus ou moins épaisse d'intestins ; il serait fort difficile, dans ce cas, de percuter sur le doigt ; celui-ci, déprimant les viscères, serait tellement recouvert par la peau des parois abdominales, que la main qui percuterait arriverait avec peine jusqu'à lui.

2200. La plessimétrie de la vessie est trop importante pour que nous ne reproduisions pas ici quelques passages du procédé opératoire.

2201. « S'agit-il d'examiner la vessie en particulier ? Le médecin et le malade seront placés comme pour l'exploration de l'abdomen ; on appliquera légèrement le plessimètre vers la ligne médiane, près de l'ombilic ; on percutera dans cette position ; on descendra successivement jusque vers le pubis, en percutant toujours ; et dans le plus grand nombre des cas, on trouvera, dans toutes ces parties, un son très tympanique dû aux intestins. Mais si la vessie est très distendue par l'urine, si elle a refoulé les viscères par en haut, alors le doigt éprouvera sur les points qu'elle occupe un léger degré de résistance et de matité. Plus on descendra vers le pubis, et plus ces derniers caractères plessimétriques seront évidens.

2202. « On déprimera ensuite les parois avec le plessimètre, de manière à déplacer les intestins qui pourraient être placés entre ces parois et la vessie ; et cette dépression, d'abord légère, deviendra de plus en plus forte, jusqu'à ce qu'on porte, dans le bassin, la plaque d'ivoire aussi profondément que possible. Dans cette manœuvre il faudra, pour éviter toute douleur au malade, presser lentement, par degrés et avec précaution, et le plessimètre devra

être tenu fixé de la manière la plus solide. La percussion, dans toutes ces positions de l'instrument, sera alternativement très légère et plus forte, et cela pour juger de l'état des parties superficielles et de celui des organes profondément placés. On la pratiquera avec d'autant plus de douceur que le ventre sera plus sensible. Pour juger du son donné par la vessie, les doigts frapperont par un coup sec, et seront de suite retirés. Pour apprécier la sensation tactile qu'elle donne, ils resteront appliqués un instant par de là le moment où le choc aura eu lieu.

2203. « Quand on aura bien examiné la partie moyenne de l'abdomen dans le sens longitudinal, on fera la même opération de chaque côté, puis sur les fosses iliaques et même sur les flancs. Dans bien des cas, en effet, la vessie est développée plutôt latéralement que sur la ligne médiane. S'il arrive que l'on n'ait pas trouvé, dans l'hypogastre, le réservoir urinaire, on percutera la symphyse pubienne pour y chercher encore la vessie pleine de liquide.

2204. « Dans tous les points où la vessie, distendue par l'urine, touche les parois, la percussion donne de la matité à l'oreille et un certain degré de résistance au doigt. On trouve de la résonnance et superficiellement de l'élasticité là où des intestins recouvrent le viscère; celles-ci disparaissent lorsqu'on déprime les parois, et que le plessimètre est en contact avec le réservoir de l'urine; tout autour de l'organe, lorsqu'il n'est pas très distendu et quand ses tuniques sont minces, le bruit humorique a quelquefois lieu. Une élasticité et une résonnance parfaites, à quelque profondeur que la plaque d'ivoire soit portée, sert à circonscrire par en haut et sur les côtés la circonférence de la vessie que des lignes noires limitent alors avec exactitude. Ce n'est pas sur

une ligne de niveau que les transitions du son clair au son mat ont lieu dans ce cas, mais, au contraire, dans une direction contournée; des anses intestinales sont reconnaissables vers les parties déclives, et latéralement par leur élasticité et leur résonnance.»

2205. « Quand on a bien reconnu le son propre à la vessie, il faut faire incliner successivement le malade sur le côté droit et sur le côté gauche. Si, en effet, c'est le réservoir de l'urine qui donne lieu à cette résonnance, l'espace où l'on aura trouvé le son obscur, ne variera pas en raison des changemens de position du sujet; le contraire aura lieu dans l'ascite. — Alors, soit pour évacuer l'urine, soit pour distinguer si la matité reconnue appartient à la matrice, sur la femme, à une tumeur enkystée, au rectum distendu ou à la vessie, on pratiquera le cathétérisme, on aura recours au toucher et on sondera le rectum. — Si l'on voit l'urine s'écouler par la sonde, on profitera de cette occasion pour apprécier les variations de son que l'abdomen présente inférieurement en raison des quantités d'urine que contient la vessie. On trouvera, à fur et à mesure que le liquide s'écoulera, que la sonoréité et l'élasticité reviendront, et que la matité et la résistance disparaîtront. — Si les tégumens sont infiltrés, il faudra les déprimer avec le plessimètre jusqu'à ce qu'on parvienne aux muscles. S'il y a co-existence d'une ascite, on combinera entre eux les moyens d'exploration propres à distinguer les épanchemens péritonéaux et ceux qui servent à constater la distension de la vessie. »

2206. Les recherches précédentes conduisent aux résultats suivans :

2207. Lorsque la vessie est distendue par une quantité notable d'urine, la plessimétrie peut faire

reconnaître la situation, la forme, la dimension et l'état de plénitude de cet organe. J'avais cru, lors du Traité de la percussion, qu'on ne pouvait reconnaître la distension de celui-ci qu'autant qu'il faisait saillie au-dessus du pubis; plus d'habitude m'a permis de constater depuis que le réservoir de l'urine est reconnaissable derrière la symphyse, lorsqu'il contient seulement quelques onces de liquide. — Un son, dont la matité est un peu moindre que celle du foie, et qui est accompagné de moins de résistance au doigt, correspond à la vessie distendue par beaucoup de liquide. — Un bruit humorique s'entend, dans certains cas, à l'aide de la percussion plessimétrique sur la circonférence de l'organe, et sur les points où les intestins touchent à la vessie.

2208. La hauteur à laquelle s'élève l'espace où l'on entend le son mat, ainsi que la largeur de cet espace, font juger de la dimension du réservoir de l'urine.

2209. Il est facile de distinguer la vessie pleine de liquide, d'un épanchement péritonéal non circonscrit par des adhérences. Le son très mat résultant de la percussion du réservoir de l'urine, s'obtient en effet d'une manière constante, sur le même lieu, quelle que soit la position du sujet; or, c'est le contraire de ce qui arrive relativement à la matité de l'hydro-péritonie qui, d'ailleurs, change de siége en raison des positions variées du sujet. — Les résultats que fournit la vessie très distendue sont les mêmes que ceux donnés par une hydropisie enkystée. Ici la différence du siége de la matité en établit d'abord dans le diagnostic; ensuite l'évacuation spontanée ou artificielle de l'urine détruit tous les doutes que l'identité de résultats pourrait faire naître sur le véritable caractère de la maladie. — On peut savoir, à l'aide

de la percussion médiate, si la vessie est séparée ou non des parois par des anses intestinales. — Si la vessie était distendue par un calcul dont le volume et le siége fussent tel qu'il pourrait être accessible au plessimètre, on le reconnaîtrait, sans doute, par le bruit très sec et très mat qui résulterait de sa percussion plessimétrique.

2210. Les applications pratiques des faits et des propositions précédentes, établies sur une multitude d'expériences cliniques et cadavériques, sont aussi nombreuses qu'importantes J'ai publié dans le procédé opératoire, n$^{os}$ 338 et suivans, un assez bon nombre d'observations où la plessimétrie de la vessie avait été féconde en résultats utiles. Depuis, il est arrivé un très grand nombre de fois que des faits semblables se soient reproduits. Que l'on ne dise pas que la palpation suffit pour reconnaître la vessie distendue; l'expérience d'un hôpital viendrait, après peu de temps d'étude, démentir cette assertion erronée. Que de fois n'est-il pas arrivé dans mon service qu'on ait pris, avant la visite, une urocystiectasie (distension de la vessie par l'urine) pour un météorisme produit par une entérite typhoïde, cas dans lequel on aurait peut-être pensé à saigner plusieurs fois ou à purger largement, alors qu'il fallait seulement évacuer l'urine ! Et cependant les mains d'hommes exercés avaient palpé le ventre, et cependant encore il a suffi d'un faible choc du doigt sur la plaque d'ivoire pour éclairer le diagnostic, et pour éviter de grossières erreurs dont les conséquences eussent été funestes pour les malades. Mettez donc de côté les rivalités en médecine, songez donc, avant tout, que votre but est d'être utile, et que pour y parvenir, vous ne devez laisser en arrière aucune recherche qui vous permettra de reconnaître un peu

plus positivement les maladies des hommes. Oseriez-vous soutenir qu'il soit inutile de préciser le degré de distension de la vessie, sa forme, les rapports de celle-ci, etc. ? de découvrir sa distension dès les premiers temps d'une affection aiguë ou d'une maladie cérébrale ?... Ne parlez pas de la facilité de la palpation, car vous feriez croire que vous n'auriez jamais palpé un abdomen balloné contenant une vessie distendue. Ne dites pas que vous vous servirez du cathétérisme explorateur, ou de la palpation vaginale ou rectale, car vous n'irez pas sonder ou toucher tous vos malades, et vous pouvez sans inconvénient les percuter tous. Ainsi, ne repoussez pas la plessimétrie, étudiez-la avec soin. Pour le diagnostic de l'état de la vessie, c'est une affaire de conscience. Laisser séjourner l'urine dans son réservoir, c'est s'exposer à voir celui-ci s'enflammer, se rétracter et être frappé de lésions incurables. Soyez de votre temps; suivez la marche progressive; que ce que vous savez soit une raison, non pas pour nourrir un amour-propre aveugle, une suffisance absurde; mais pour vous fournir des jalons qui vous permettent d'étudier encore avec plus de fruit. Mais que votre intérêt à vous-même vous engage encore à en agir ainsi, car vous n'aurez pas, aux yeux du monde même, de plus brillans succès cliniques : que d'annoncer dans le cas de météorisme, (et alors que la garde ou les assistans croient que le malade urine volontairement parce qu'il le fait par regorgement), que d'annoncer, dis-je, en vous fondant sur la matité du bas-ventre, que la vessie est pleine d'urine ; que de saisir le cathéter, et de montrer aux yeux des incrédules toute la certitude de votre diagnostic. Vous aurez même pu dire quelles sont approximativement les quantités d'urine contenue. C'est ainsi que la

science devient chaque jour plus positive, et si nous voulons l'élever aux yeux du public à la hauteur qu'elle mérite si bien, et la laver du reproche injuste d'incertitude qu'on lui fait sans cesse, ne repoussons pas les recherches et les travaux qui prouvent à tous que le diagnostic n'est plus un ensemble de données spéculatives.

2211. La percussion médiate de la vessie peut être non moins utile en chirurgie qu'en médecine. Elle indique dans les cas de retrécissement du canal de l'urèthre, si le degré de distension de la vessie permet encore de temporiser, ou bien s'il est urgent d'agir de suite; — dans le cas où le malade urine, elle permet de constater qu'il reste encore, après cette évacuation, du liquide dans la vessie, et qu'il peut être utile de l'évacuer; dans la cystôtomie par le haut appareil, elle fait apprécier avec exactitude les points de l'abdomen qui touchent immédiatement aux parois abdominales, et ceux qui en sont séparés par des anses d'intestin. — Si la vessie occupe une partie de l'abdomen différente de celle où d'ordinaire on la rencontre, elle permet, par les changemens de son qui surviennent à l'occasion de l'état de plénitude ou de vacuité de ce réservoir, de reconnaître son véritable siége. Les mêmes signes feraient trouver dans une hernie la présence de la vessie qui y serait contenue, etc. Il est donc tout aussi utile au chirurgien qu'au médecin d'être familiarisé avec le manuel de la plessimétrie ou plutôt les connaissances du médecin et du chirurgien sont les mêmes, et comme il n'y a pas de limites entre ces deux professions, il ne doit pas y en avoir non plus dans les moyens d'exploration qu'ils emploient.

2212. Quant aux maladies de l'urèthre la percussion médiate n'est de quelque utilité, que s'il sagit de tumeurs et de fistules urinaires du scrotum et des parties voisines. Je n'ai pas vu que, dans les infiltrations urinaires, il se dégageât des gaz dans les tissus. Tout au contraire, dans les fistules du rectum il en pénètre parfois des quantités notables. De là une sonoréité marquée dans le second cas, sonoréité qu'on n'observe pas dans le premier. C'est à l'aide de ce signe que dans un abcès du scrotum, nous reconnûmes que la maladie avait son point de départ dans une petite crevasse du rectum. De là un moyen de diagnostic précieux. Toutefois, il faut se rappeler que s'il arrive qu'il y ait une ouverture extérieure à un abcès non stercoral, et si de l'air y a pénétré en remplaçant le pus qui s'en échappait, il se pourra faire qu'on rencontre, dans la tumeur, de la sonoréité et du bruit humorique. Celui-ci est dû alors, comme dans tant d'autres cas, à la présence simultanée de fluides élastiques et de liquides dans une même cavité. Récemment, nous avons observé à la Pitié, un cas d'abcès par congestion de la cuisse, où ces caractères plessimétriques se trouvaient réunis.

2213. *La fluctuation* de la vessie pleine d'urine est difficile à saisir, et il faut que cet organe contienne beaucoup de liquide et que les parois abdominales soient très minces pour qu'on puisse la découvrir. Si l'on veut chercher à l'obtenir, il faut porter profondément, lorsque la mollesse des parois le permet, l'une des mains sur un des côtés de la vessie distendue, et percuter alors avec l'autre main sur la partie de l'organe qui touche aux parois. En un mot, c'est la fluctuation périphérique qu'il faut ici produire. Cette méthode d'explora-

tion ne doit pas être plus négligée que toute autre; cependant, elle a peu d'applications, et on s'en sert en général fort peu, parcequ'on possède d'autres signes très positifs de la cystiectasie urinaire, et qui sont beaucoup plus faciles à saisir.

2214. *L'auscultation* médiate a été appliquée avec bonheur, par M. Lisfranc, au diagnostic des calculs vésicaux; voici de quelle façon : si l'on vient à frapper un corps contenu dans la vessie avec l'extrémité de la sonde ou du cathéter, il en résulte un léger bruit qui peut quelquefois n'être pas assez prononcé pour être entendu par l'auscultation à distance. Que si alors, on applique le stéthoscope sur la région occupée par la vessie, et si on ausculte pendant que le cathéter touche au corps étranger, on saisit d'une manière très manifeste le son qui résulte du contact de ce corps dur. Il est possible, peut-être, qu'une oreille exercée puisse saisir, par la sécheresse du bruit produit, le degré de solidité du corps étranger. Peut-être même serait-il possible, en contournant le calcul avec la sonde, de produire des sons qui varieraient en raison de la disposition de la surface de celui-ci. De là quelques probabilités sur la nature de la pierre contenue dans la vessie. Il est probable aussi que des corps plus mous que des calculs, mais présentant encore un certain degré de solidité, pourraient donner par le contact du cathéter, des sons perceptibles à l'aide de l'auscultation médiate et propres à jeter quelque lumière sur le diagnostic. Enfin, si plusieurs calculs existaient dans la vessie, et s'ils étaient mobiles les uns sur les autres, il pourrait arriver que des mouvemens imprimés au corps du malade, leur feraient produire des bruits propres à révéler leur présence.

2215. *L'examen des liquides* formés par la vessie a été fait à l'occasion de l'étude diagnostique du rein ; nous n'y reviendrons pas ici, car ce serait tomber dans des répétitions inutiles. Ajoutons seulement quelques mots relatifs aux écoulemens dont l'urèthre peut être le siège et qu'il est si important de distinguer les uns des autres.

2216. Les écoulemens par l'urèthre peuvent provenir de la vessie (et nous en avons déjà parlé), ou des parties situées au-dessous d'elle ; ce sont ceux-là dont il est question.

2217. Dans l'état normal la surface interne de l'urèthre est seulement humectée par un suintement muqueux très peu considérable, et qui se borne à en lubréfier les parois. L'urine la traverse fréquemment et le sperme n'y passe qu'à l'occasion de l'éjaculation. A l'état sain encore, si l'on presse avec soin le matin, avant de rendre l'urine, la fosse naviculaire, et si l'on cherche à ramener vers l'extrémité de la verge le liquide qui pourrait s'y trouver, il sort quelquefois une proportion très petite d'une mucosité claire, filante, visqueuse et très rarement trouble. Celle-ci est plus abondante lorsqu'il y a eu des érections fréquentes ou de durée. Il faut être prévenu de ces faits, car il est des hommes qui, ayant eu des uréthrites, s'imaginent toujours en être atteints et veulent à tout prix être guéris de cet écoulement muqueux, complètement physiologique.

2218. Mais le canal de l'urèthre peut contenir dans l'état pathologique : 1° des mucosités plus abondantes qu'à l'ordinaire et troubles ; 2° des mucosités jaunâtres, verdâtres, opaques, puriformes, offrant à des degrés divers, l'apparence du pus proprement dit, ou de matière purulente délayée dans du mucus et présentant une consistance variable

depuis celle du blanc d'œuf légèrement cuit, jusqu'à celle d'une crême très épaisse; 3° de véritable pus dont la source est dans la prostate, ou dans quelque abcès latéral à l'urèthre, ou quelquefois peut-être dans des ulcérations de ce conduit lui-même; 4° du sang qui tantôt est versé pur, ordinairement en petite quantité et qui, plus fréquemment, teint en rouge brunâtre les liquides précédens, ou forme soit à leur surface, soit dans leur profondeur, des taches, des stries, etc; 5° des mucosités filantes, visqueuses, sécrétées habituellement et qui prennent leur source dans la prostate; 6° du sperme ou des liquides provenant des vésicules séminales et qui, versés abondamment dans l'urèthre, surtout pendant le sommeil, peuvent être une cause d'épuisement pour celui qui y est sujet; 7° plusieurs des liquides formés ou déposés dans l'urèthre sont virulens et susceptibles de communiquer par contagion immédiate une maladie semblable à celle qui leur a donné naissance.

2219 Or, il est important en diagnostic de constater la présence de ces écoulemens, et d'en préciser le siège et la nature.

2220. Pour constater leur présence et pour déterminer leur siège, il faut, en général, examiner le malade le matin avant qu'il ait uriné, presser sur le canal de l'urèthre et sur la fosse naviculaire et diriger ensuite cette pression d'arrière en avant, à l'effet de savoir si des liquides ne sont pas contenus dans cette partie du canal; c'est là que d'ordinaire ils s'accumulent en plus grande quantité et cela, soit qu'ils y aient été formés, soit qu'ayant été sécrétés plus haut, ils soient descendus vers ce point à cause de sa déclivité; soit encore parce qu'ils s'y sont arrêtés par suite de la dimension plus grande de cette partie, et de l'amincissement que le canal présente au-dessous

d'elle. Ce point du canal est en effet à l'urèthre ce qu'est le cœcum par rapport aux intestins, et il n'est pas étonnant qu'il soit plus souvent affecté que d'autres parties du conduit uréthral, puisque c'est là que séjournent des fluides altérés par la maladie.

2221. Il est bon de se rappeler que dans les cas où les écoulemens uréthraux sont très peu abondans et sont prêts à se terminer, ce n'est que par des pressions très fortes qu'on parvient, même le matin, à faire sortir de la fosse naviculaire, la petite quantité de fluide qui y est contenue.

2222. Quand on a examiné ce point du canal, on exécute au-dessus de lui les mêmes pressions, d'abord à partir de la portion caverneuse de ce conduit, puis de sa partie membraneuse, puis enfin du point le plus voisin possible de cette partie. De cette sorte on parvient à savoir si la matière de l'écoulement pénètre dans toutes les parties du canal qui sont accessibles au dehors aux pressions extérieures.

2223. Il est ici une remarque importante à faire: C'est que l'on ne serait pas fondé à croire que la maladie eût son siège exclusif dans la fosse nariculaire, parce qu'on trouverait des matières puriformes seulement dans cette partie. Celle-ci étant en effet déclive, il se peut faire que les liquides formés plus haut descendent jusque vers ce point et y séjournent. Il est aussi, à la rigueur, possible que des fluides provenant de la fosse naviculaire, se retrouvent dans un point du canal voisin de l'anus. Toutefois, cette dernière circonstance doit être plus rare que la première, et l'on peut même dire, en général, que dans l'uréthrite, c'est un indice que la maladie est limitée et circonscrite, que de trouver des matières puriformes accumulées seulement dans la fosse naviculaire.

2224. Pour apprécier si la source des liquides écoulés par l'urèthre provient de parties situées au-dessus de l'anus, il faut avoir recours à la palpation du rectum (1776) qui permettra de constater : 1° si par des pressions de la partie de l'urèthre en rapport avec la paroi du rectum, on ne ramène pas des fluides dans les parties du canal plus inférieurement placées; 2° si les vésicules séminales sont tuméfiées, douloureuses et s'affaissent par la pression; 3° si la prostate est engorgée, s'il y existe des abcès où l'on sente la fluctuation, et dont on fasse sortir, par la pression, le pus dans l'urèthre ; 4° si des collections purulentes existent autour du rectum et versent du pus dans le canal uréthral, etc.

2225. Le cathétérisme explorateur fournira encore ici des données utiles en faisant apprécier les points du canal où peuvent exister des douleurs, des engorgemens, des retrécissemens, des corps étrangers.

2226. Dans les écoulemens uréthraux, lorsqu'on veut pratiquer le cathétérisme explorateur, il faut redouter de porter très haut dans le canal, et surtout jusque dans la vessie, la sonde dont on se sert avant d'avoir vidé l'urèthre des liquides qu'il contenait. On parvient à évacuer ces liquides, soit en faisant uriner le malade, si cette excrétion est possible, soit en faisant des injections répétées dans le canal, et en vidant celui-ci par les pressions des liquides qui y séjournaient après les injections. La raison de ce conseil est évidente ; c'est qu'il y a à craindre, en ne prenant pas ces précautions, de porter au devant de la sonde des liquides contagieux et irritans qui pourraient propager plus loin et jusque dans le réservoir urinaire la maladie bornée d'abord aux parties déclives de l'urèthre.

2227. Sur la femme, il suffit de quelques pressions

faites de haut en bas sur le trajet de l'urèthre pour faire sortir par l'orifice de ce conduit les liquides qu'il pourrait contenir.

2228. Relativement à la nature des écoulemens uréthraux, plusieurs questions de diagnostic se présentent : Sont-ils constitués par du mucus, du pus, du sang, etc.? Sont-ils contagieux, sous le rapport de la propagation de l'uréthrite, d'un individu à un autre? Sont-ils contagieux, relativement à la communication possible d'une affection siphylitique véritable? Sont-ils susceptibles de donner lieu au développement de celle-ci sur un sujet même qui en est atteint? Plusieurs moyens ont été proposés pour la solution de ces questions.

2229. 1° *L'apparence des écoulemens* les distingue, tout d'abord, en muqueux, puriformes, purulens et en sanguinolens. Il est souvent impossible de juger, par cet aspect, s'il s'agit de pus véritable ou de mucosités épaissies. En général, on observe que les liquides uréthraux puriformes ou purulens, sont ceux qui communiquent le plus facilement l'uréthrite; on en voit cependant qui ne le produisent pas. Tels sont, par exemple, ceux produits par les sondes qui ont séjourné dans le canal de l'urèthre. Il ne faut pas croire non plus que les écoulemens muqueux, *troubles*, ne sont pas contagieux, car il est des cas où on a vu ceux-ci produire une uréthrite plus ou moins aiguë. On ne connaît aucun caractère tiré de la simple apparence des fluides écoulés par l'urèthre, propre à distinguer leur nature siphylitique de celle qui ne l'est pas.

2230. 2° *Les taches sur le linge*, sont des moyens d'exploration plus infidèles encore. En général,

cependant, des maculatures jaunes, verdâtres, d'apparence purulente, sont en rapport avec des écoulemens contagieux. Le contraire a lieu pour les taches grisâtres et uniformes que le linge présente. On ne sait quelle serait la différence que des taches de virus siphylitique pourraient présenter d'avec celles du liquide fourni par l'uréthrite. Il faut prendre garde de confondre avec les maculatures produites par un écoulement pathologique celles qui sont le résultat du desséchement du sperme sur les linges, et qui ont une apparence grisâtre, entourée par un limbe un peu plus foncé, etc. On a attaché beaucoup plus d'importance à l'étude diagnostique des tâches dans l'uréthrite contagieuse, qu'elle n'en mérite réellement.

2231. 3° *L'examen micrographique* pourrait avoir ici de l'utilité. D'abord, il ferait trouver si, dans les liquides contenus dans l'urèthre, il y a des animalcules spermatiques, ce qui porterait à croire au moins au mélange du sperme avec ces liquides. Ensuite, il ferait distinguer s'il y a des globules de sang, de pus, contenus dans les fluides explorés. De plus, si l'expérience constate comme l'assure M. Donné, qu'un animalcule spécial existe dans le virus siphylitique, cet examen fournirait des données de la plus haute importance, pour distinguer entre elles des affections vénériennes de celles qui ne le sont pas.

2232. 4° *L'analyse chimique* n'a pu jusqu'à présent constater tout au plus que la présence du mucus, de la fibrine, de l'albumine, etc., dans les divers fluides formés par l'urèthre, et ce n'est pas là un moyen suffisant pour éclairer sur leur nature contagieuse ou siphylitique. Elle peut ser-

vir seulement à constater que ces liquides contiennent des substances plus ou moins analogues au mucus, au pus, au sang. Il est possible que plus tard, elle donne des documens plus positifs sur ce sujet.

2233. 5° *La contagion* elle-même. On doit à M. Ricord des recherches importantes sur ce sujet. Évidemment, il n'est pas permis de tenter, d'un individu sur un autre, des expériences propres à inoculer la siphylis, et M. Ricord n'en a pas eu la pensée ; mais il a cherché sur le même sujet à communiquer des chancres siphylitiques au moyen de la matière de l'uréthrite, et il n'y est pas parvenu ; tandis que les liquides produits par les chancres ont produit des ulcérations semblables sur d'autres parties de la peau. On conçoit, du reste, avec quelle réserve de semblables recherches doivent être faites ; j'avoue que pour moi, je n'aurais pu les tenter, et sans blâmer M. Ricord de s'être livré à de telles investigations, qui peuvent éclairer des points obscurs de la science, je ne serais pas assez rassuré sur l'inocuité de l'inoculation relativement à l'infection générale, pour me décider à la pratiquer.

2234. Il résulte de tout ceci que, dans l'état actuel de la science, l'examen des liquides formés par l'urèthre ne peut encore résoudre d'une manière absolue, les questions relatives à la propriété contagieuse de ces liquides, et à plus forte raison, à leur nature siphylitique. C'est en s'éclairant : des circonstances commémoratives, relatives soit à la manière dont l'écoulement s'est déclaré, soit à la cohabitation avec une personne infectée ou présumée telle; de l'examen des organes sexuels de celle-ci; de l'usage immodéré de bierre forte

qu'on aura pu faire et qui aurait pu causer un écoulement; de l'intensité ou de la légèreté des symptômes, que l'on pourra jeter quelque jour sur les questions précédentes. Rappellons-nous que, dans tous les cas, il est préférable, si l'on est dans le doute sur la nature d'un écoulement, de le considérer comme contagieux, que d'en agir autrement. Alors en effet on traitera activement la maladie et on évitera quelle soit communiquée à d'autres; mais quant au caractère siphylitique des accidens, si l'on est dans le doute, il faut attendre avant de se prononcer et de donner un traitement mercuriel ou anti-siphylitique, que des symptômes plus manifestes d'affection vénérienne, tels que chancres, pustules, végétations, etc., se déclarent et dissipent l'incertitude. C'est que l'emploi des mercuriaux n'est pas sans danger, et qu'avant tout, il faut éviter de donner des médicamens susceptibles de nuire, alors que l'indication de leur usage n'est pas évidente.

2235. On a proposé ici, comme moyen de diagnostic, *les effets locaux* du mercure, qu'on a considéré comme une sorte de pierre de touche de la siphylis. Nous agiterons plus tard cette question. Rappellons-nous seulement que des affections non vénériennes, telles que des ulcères, des érisypèles, des péritonites, cèdent aux mercuriaux, et que dès lors l'amélioration survenue dans un écoulement, par suite de l'emploi de ces médicamens, n'est pas une preuve qu'une lésion des solides, ou qu'une altération des liquides soient véritablement empreints du cachet siphylitique.

2236. SIGNES PHYSIOLOGIQUES. La vessie, dans l'état normal, ne donne lieu à d'autres sensations que celles qui précèdent, accompagnent ou suivent

l'action de rendre l'urine. Le besoin de rendre ce liquide, alors qu'il est retenu en proportions notables dans son réservoir, devient par fois une véritable douleur qui est en rapport avec la distension éprouvée par la vessie. Cette douleur a lieu dans le bas-ventre, pèse quelquefois sur le siège et s'étend surtout dans la direction de la verge et se fait sentir avec intensité vers le gland ou plutôt vers l'orifice uréthral. Pendant l'action d'uriner, s'il arrive que l'on ait retenu très long-tems le liquide, ou que l'excrétion de celui-ci ait été répétée plusieurs fois de suite, on sent la vessie se contracter avec énergie, et une sensation douloureuse se manifeste sur le trajet du canal de l'urèthre. Il en arrive ainsi lorsqu'une compression accidentelle faite sur le trajet de ce canal, distend celui-ci au-dessus, ou encore lorsqu'il est traversé par une urine très concentrée. Immédiatement après l'excrétion urinaire, se manifeste aussi une sensation de besoin satisfait qui, dans quelques unes des circonstances précédentes, est par fois changée en un sentiment pénible. A l'état normal encore, l'urèthre est le siège de sensations en rapport avec le passage du sperme, et la vivacité de ces sensations est telle, qu'avec un degré de plus elles seraient transformées en douleurs. C'est même ce qui arrive lorsque le coït est trop répété dans un court espace de temps. L'érection prolongée occasionne aussi des douleurs uréthrales qui augmentent par le passage de l'urine.

2237. Il résulte de tout ceci que la vessie et surtout son conduit d'excrétion, sont éminemment sensibles, et que si cela a lieu dans l'état sain, il doit à plus forte raison en arriver ainsi en maladie.

2238. La vessie est en effet, dans une foule de

cas pathologiques, le siège de vives douleurs. S'agit-il de sa distension? les malades éprouvent dans le bas-ventre un sentiment de pesanteur insupportable, accompagné d'un besoin fréquent d'uriner. L'excrétion urinaire est-elle très fréquente? Il y a, dans la même partie, un sentiment pénible de contraction, de resserrement, et il arrive alors quelquefois un tel surcroît de sensibilité, que le viscère peut à peine conserver quelques gouttes d'urine sans qu'il en résulte un besoin impérieux de les rendre. Le réservoir urinaire est-il enflammé? alors les douleurs précédentes prennent un caractère plus intense et plus insupportable. Arrive-t-il qu'un calcul, surtout lorsqu'il est volumineux et inégal à sa surface, vienne à irriter la vessie, et soit libre dans cet organe devenu plus sensible par sa présence? Alors les douleurs deviennent excessives et sont par fois portées à un tel degré d'intensité que rien ne peut y être comparé.

2239. Bien que les mouvemens spontanés ou provoqués exaspèrent en général toutes les souffrances de la vessie, c'est surtout lorsqu'il s'agit de calculs existans dans ce réservoir qu'il en arrive ainsi. La marche, mais surtout les secousses de la voiture, produisent par fois une extrême augmentation dans les douleurs. Les caractères communs aux souffrances vésicales sont toujours, comme dans l'état physiologique, de ressembler au besoin d'uriner, de se propager vers l'urèthre, d'être accompagnées de pesanteur sur le siège, et surtout de cuissons très pénibles au bout du gland; il arrive même que cette dernière souffrance soit tellement vive qu'elle fasse pour ainsi dire oublier toutes les autres et que le malade songe toujours à la calmer directement, plutôt qu'à agir sur sa cause

première : la maladie de la vessie. C'est en général lors de la présence de calculs vésicaux dans ce réservoir, que les symptômes précédens sont les plus marqués; mais il faut bien se rappeler, si l'on ne veut pas commettre d'erreurs, que toute autre souffrance vésicale peut produire de semblables accidens. A l'état chronique, les douleurs vésicales sont moins vives, mais elles influent singulièrement sur le caractère par leur opiniâtreté et leur continuité; elles reparaissent ou s'exaspèrent souvent, soit dans les cas aigus, soit dans les maladies chroniques, à l'occasion de l'action d'uriner. S'il arrive que du mucus, des caillots et surtout des calculs soient renfermés dans la vessie qui fait effort pour s'en débarrasser et s'applique sur la pierre, les douleurs peuvent devenir atroces.

2240. Dans les cas de retrécissement prostatique ou uréthral, lorsque la vessie se contracte pour surmonter l'obstacle qui se présente à l'évacuation urinaire, elle devient le siége de douleurs en rapport avec cette contraction.

2241. Lorsqu'un calcul ou un corps étranger pénètre dans l'urèthre, il irrite ce canal et y cause une douleur des plus vives. S'il arrive que ce conduit soit enflammé d'une manière aiguë, alors l'urèthre devient le siége de souffrances qui, parfois portées à un extrême intensité, augmentent surtout par le passage de l'urine. C'est un brûlement, une cuisson très vive qui se déclarent et qui ont fait donner à l'uréthrite le nom vulgaire sous lequel on la désigne. C'est en général vers la fosse naviculaire que le sentiment de cuisson est des plus vifs, et qu'il persiste le plus long-temps après que l'urine est rendue. La cause en est probablement le séjour facile et prolongé de ce liquide irritant dans cette portion du

canal uréthral. L'orifice de celui-ci est parfois aussi très douloureux, ce qui vient, sans doute, de ce qu'il a souvent été le point de départ de la maladie, de ce qu'il est très sensible, et de ce qu'il est déclive par rapport aux autres parties de l'urèthre. Cette douleur au bout du gland est parfois très vive, lors même que le malade n'urine pas.

2242. A ces douleurs qui remontent souvent vers la vessie, se joignent parfois un sentiment de pesanteur vers le rectum, des besoins fréquens d'aller à la selle, et cette action est elle-même accompagnée d'une augmentation marquée dans la douleur uréthrale. Du reste, celle-ci dans l'hypéruréthrite augmente par la pression, les érections, l'éjaculation, les frottemens, etc.

2243. Remarquez que dans les premiers temps de l'uréthrite, et aussi lorsqu'elle se guérit ou passe à l'état chronique, la douleur est différente de celle qui vient d'être signalée, et qu'elle consiste dans une sensation de démangeaison infiniment moins pénible. Il est du reste certaines affections plus ou moins lentes de l'urèthre, dans lesquelles il n'y a même plus de douleurs.

2244. Dans les maladies de la prostate et dans celles des portions les plus élevées du conduit uréthral, on observe souvent des douleurs intenses, un sentiment de pesanteur, des battemens, etc., accompagnés surtout de besoins fréquens, et souvent illusoires de défécation, etc.

2245. Dans le satyriasis, l'urèthre est fréquemment le siége de vives douleurs qui augmentent aussi par le passage de l'urine et du sperme.

2246. Sur la femme, les douleurs de la vessie sont les mêmes que celles qu'on observe sur l'homme; seulement, leur fréquence est peut-être alors moins

grande. Les douleurs de l'urèthre sont moins intenses et aussi se prolongent moins. Ce qui a été dit précédemment de l'extrêmité du gland sur l'homme, est applicable sur la femme à l'orifice vaginal de l'urèthre.

2247 Les mouvemens de la vessie se réduisent, dans l'état normal, à ceux qui déterminent l'excrétion de l'urine, et ils n'ont lieu dans aucun autre temps. Du reste, ils ne sont pas douloureux. Indépendamment de ces contractions actives, la vessie est susceptible de se resserrer par un mouvement de tonicité, comme le disait Chaussier, ou de contractilité organique, pour se servir de l'expression de Bichat. Ces deux phénomènes se retrouvent dans les circonstances pathologiques, et donnent lieu à des symptômes plus ou moins importans.

2248. D'abord plusieurs douleurs de la vessie sont probablement le résultat des contractions auxquelles se livre ce viscère, alors qu'il est excité ou irrité par une cause quelconque. Il en arrive ainsi lorsque de l'urine s'accumule dans son réservoir, et qu'un obstacle s'oppose à sa sortie. C'est alors que se déclarent ces épreintes, ces besoins fréquens d'uriner qu'on ne peut satisfaire, et qui font tant souffrir le malade. S'il arrive alors que l'on palpe la vessie, on la trouve resserrée, globuleuse; et si l'on introduit une sonde dans la cavité de cet organe, le liquide est projeté avec force, et à une distance considérable. Dans les cas de simples retrécissemens uréthraux, les douleurs expultrices se manifestent aussi, quoique avec un moindre degré, mais elles se continuent parfois un certain temps si l'évacuation n'est pas entièrement terminée. C'est une loi, en effet, qui se retrouve pour la plupart des organes creux et à parois contractiles (l'estomac, la vessie et le cœur): que

dans les cas où existent des obstacles au passage des liquides par leurs orifices, ces organes se livrent à des mouvemens énergiques et parfois douloureux. Remarquez cependant, comme l'a si bien vu Ducamp, que la contraction de la vessie ne peut se soutenir pendant une longue durée, et que si l'obstacle qui se présente résiste pendant un certain temps à l'action destinée à faire évacuer l'urine, les parois de ce réservoir cessent momentanément de se contracter, et ne renouvellent leurs mouvemens que plus tard.

2249. On peut mesurer, jusqu'à un certain point, et lorsque le conduit uréthral est libre, l'énergie de la contraction de la vessie par la force avec laquelle le liquide s'écoule par ce canal; mais on l'apprécie bien mieux encore, lorsque, après avoir sondé, on voit le liquide urinaire être projeté au dehors avec des degrés de force variable.

2250. Or, on remarque que dans les maladies aiguës de la vessie, et lorsque cet organe est irrité ou récemment enflammé, soit par le séjour prolongé de l'urine, soit par un calcul, soit par la propagation d'une souffrance de l'urèthre, etc., que le jet du liquide est énergique, et que ce fluide est lancé à une distance considérable. Le contraire a lieu dans les cas où la vessie a perdu une partie de sa puissance contractile; alors l'urine s'échappe du canal ou de la sonde, en quelque sorte goutte à goutte, ou du moins à fort peu de distance de l'orifice uréthral. C'est donc un signe d'énergie et quelquefois d'irritation, dans la cystipathie, qu'un jet d'urine projeté avec force, tandis qu'un écoulement lent, faible et rapproché est un indice de faiblesse, et quelquefois même d'acystinervie (paralysie de la vessie). Il est évident qu'entre ces extrêmes il y a des nuances de de force dans le jet de l'urine, et qui répondent à des degrés moyens de contraction vésicale.

2251. Relativement au défaut apparent de contraction de la vessie, il est ici une remarque importante à faire, c'est qu'il arrive parfois que le malade préoccupé d'une idée, oubliant en quelque sorte d'uriner, la vessie ne se contracte pas. C'est ce qui arrive dans les cas où des personnes impressionables veulent rendre l'urine en présence de témoins, et ne peuvent le faire, ou sur des littérateurs préoccupés. D'autrefois les malades oublient aussi d'uriner, ou encore ont la paresse de ne pas le faire; c'est ce qu'on observe parfois dans l'entérite typhohémique, et dans certaines encéphalopathies. Il faut se donner garde de considérer de tels cas comme se rapportant à la faiblesse ou à la paralysie de la vessie. Si l'on pratique le cathétérisme, on voit souvent alors que cet organe se contracte avec énergie; et si l'on attire l'attention du malade sur l'action qu'il devrait exécuter, il ne tarde pas à s'y livrer.

2255. Une augmentation dans les contractions de la vessie se remarque dans les affections des organes voisins, dans celles du rectum, de l'utérus, etc.; et ce qui sera dit plus loin de l'influence de ces organes sur le réservoir urinaire, est ici complétement applicable.

2253. La rétraction de la vessie sur elle-même, qui est quelquefois portée à un point tel qu'elle est réduite à un très petit volume, et qu'elle forme, pour ainsi dire, un canal continu et non dilaté depuis les urétères jusqu'à l'urèthre, est accompagnée en même temps de l'augmentation d'épaisseur des parois vésicales. Alors ces parois ne peuvent se distendre, resserrées qu'elles sont par suite de leur contraction organique : le malade urine sans cesse et par regorgement; le cathétérisme n'évacue que quelques gouttes d'urine, est fort pénible à supporter, et le

bec de l'instrument trouve les parois de la vessie dures et souvent douloureuses. Cet état se fait observer à la suite des rétentions d'urine prolongées, lorsque ce liquide a long-temps séjourné dans son réservoir et en a irrité la membrane interne. Il est probable qu'un calcul doit quelquefois produire le même effet.

2254. Les mouvemens des muscles abdominaux se combinent le plus souvent avec ceux de la vessie pour déterminer la sortie de l'urine. Dans l'état anormal, on remarque la même synergie d'action entre les muscles et le réservoir urinaire; mais il est inutile d'insister ici sur ce fait; car ce que nous avons dit des considérations diagnostiques applicables à la contraction de la vessie, l'est également à celle des organes qui combinent leur action avec la sienne.

2255. On n'est pas encore bien arrêté sur l'existence des mouvemens propres à l'urèthre lui-même; — mais les muscles qui l'entourent ou l'avoisinent, et qui concourent puissamment à l'excrétion urinaire, peuvent être le siége de certaines contractions qui gênent, dit-on, l'introduction des sondes; c'est sans doute là ce qu'on a désigné sous le nom de rétrécissement spasmodique. Nous renvoyons, pour ce sujet, aux traités de chirurgie et notamment à un mémoire de M. Amussat.

2256. Les fonctions de la vessie sont de recevoir l'urine, de la conserver pendant un certain temps; de l'expulser à de certaines époques. Celles du canal de l'urèthre sont de livrer passage à l'urine. Or, à l'occasion des sensations, des mouvemens propres à cet organe, du jet de l'urine, nous avons dit à peu près tout ce qui se rapporte à ces mêmes fonctions : nous n'y reviendrons pas. Rappelons seulement : que s'il arrive, par une cause quelcon-

que, que la vessie ne puisse se débarrasser de l'urine, elle se distend, le liquide y devient plus dense, plus consistant, plus chargé de substances stimulantes ; que quelquefois il se dépose alors des graviers qui peuvent être, à la rigueur, les rudimens de calculs ; que la vessie remplie pendant long-temps d'urine ainsi rapprochée, s'irrite, s'enflamme, se rétracte et finit par devenir impropre à remplir les fonctions qui lui sont départies.

2257. Remarquons encore, relativement à l'urèthre, que la manière dont le jet urinaire a lieu fournit des signes importans dans les rétrécissemens de ce canal; que, suivant le degré de ceux-ci, l'urine sort avec moins d'énergie, par un filet plus fin, en tournoyant, goutte à goutte, par intervalles, ou finit même par ne plus sortir du tout. Du reste, les caractères du jet de l'urine n'ont rien de positif relativement à la coexistence des uréthroarcties (rétrécissemens de l'urèthre) ; et c'est surtout au cathétérisme qu'il appartient de constater l'existence de ces affections.

2258. Les souffrances aiguës de la vessie sont accompagnées de chaleur à l'hypogastre, et probablement aussi d'une augmentation de température de l'urine. Elles peuvent donner lieu, ainsi que les cystipathies chroniques, à des troubles de sécrétion qui ont été signalés à l'occasion de l'aspect de l'urine, et des divers caractères que présente ce fluide (2094, 2095, 2096, 2106). Du mucus formé d'ordinaire en petite quantité, des mucosités filantes, troubles, épaisses, puriformes, du pus, du sang, etc., peuvent être sécrétés par la vessie malade; et les moyens de distinguer ces cas des altérations de l'urine en rapport avec les maladies des reins, consistent moins dans les caractères

des liquides excrétés, que, d'une part, dans les symptômes concomitans et les signes physiques de la cystipathie; et de l'autre, dans l'absence des caractères de la néphropathie.

2259. La vessie et le canal de l'urèthre malades, non-seulement déterminent, dans les parties voisines, une série de phénomènes organiques, tels que des ténesmes pour le rectum; des désirs vénériens ou des hémorrhagies pour l'utérus, etc., mais encore ils peuvent troubler la plupart des fonctions. Du reste, la plupart des considérations établies précédemment pour le rein, trouvent ici leur application. Ici, comme à l'occasion de la néphropathie, les malades ont, à l'état aigu, de la fièvre, quelques accès fébriles, des accidens d'*urohémie*, des dérangemens dans les digestions; mais ce qui est spécial à la vessie, c'est l'aéro-entérectasie (météorisme) qui accompagne sa distension, et qui provenant, sans doute, de la compression des intestins par le réservoir urinaire, est elle-même une source d'accidens nombreux et variés. Dans la cystipathie aiguë, il y a parfois du délire, et quand elle se renouvelle souvent, ou lorsqu'elle devient chronique, on observe surtout ce caractère morose et désagréable dont il a été déjà parlé à l'occasion des maladies du rein. Les pertes de liquides faites par la vessie malade, ou les produits altérés qui y sont absorbés et reportés ensuite dans le sang, affaiblissent, font maigrir, et conduisent souvent ceux qui en sont atteints à une mort précédée de longues souffrances.

# DIAGNOSTIC

## SPÉCIAL ET COMPARATIF DES ÉTATS ORGANO-PATHOLOGIQUES DE LA VESSIE ET DE L'URÈTHRE.

2260. *Cystipathie, uréthropathie*, (souffrance de la vessie ou de l'urèthre considerée en général).

2261. *Cystohémie, uréthrohémie*, (congestions sanguines de la vessie et de l'urèthre); elles sont peu connues et ne méritent pas de description particulière.

2262. *Cystite* (inflammation de la vessie); elle est susceptible de divers degrés qui établissent de très grandes différences dans la maladie. Nous parlerons d'abord de sa forme la plus aiguë (*Hypercystite*) : douleur vive dans le lieu où l'anatomie apprend que la vessie a son siège. Cette douleur ressemble souvent au besoin de rendre l'urine; mais avec une intensité beaucoup plus grande. Quelquefois elle consiste dans des tiraillemens, des élancemens : elle se propage fréquemment à l'extrémité de la verge où elle est quelquefois très vive; d'autrefois, elle semble remonter jusque vers les reins. Sur l'homme, l'hypogastre et la paroi antérieure du rectum; sur la femme, la cloison vésico-vaginale, sont le siége d'une chaleur plus ou moins vive. La douleur vésicale augmente par le mouvement, la pression, la palpation de ces parties, par la percussion du bas-ventre : il semble que ces dernières manœuvres augmentent le besoin d'uriner. Ecoulement avec l'urine d'un liquide plus ou moins trouble, muqueux, albumineux (2095) filant, san-

guinolent, puriforme, ou même purulent. Celui-ci sort tantôt en même tems que l'urine et d'autres fois, à la suite de l'évacuation de ce fluide. On peut reconnaître par l'inspection, la microscopie, l'analyse chimique, la présence du pus dans le liquide urinaire.

2263. Dans la cystite simple, l'urine ne s'accumule pas dans son réservoir, elle en sort au contraire peu de tems après y être parvenue, parce qu'elle irrite l'organe et décide sa contraction : de là, besoin fréquent d'uriner, et lorsque le malade y obéit, augmentation marquée dans les douleurs. Dans les cas extrêmes, la vessie est revenue sur elle-même, et l'urine est rendue d'une manière continue, comme dans l'urocystiectasie, suite d'une acystionervie, (paralysie de la vessie); mais il y a dans la cystite simple cette différence que, la plessimétrie et la palpation trouvent que le réservoir urinaire n'est pas distendu et n'occupe pas un espace considérable dans la cavité du bassin. S'il y a coexistence d'un obstacle au cours de l'urine, soit à la prostate, soit dans l'urèthre, ou encore à l'orifice vésical lui-même, alors, il y a réunion des phénomènes d'hypercystite et d'urocystiectasie. Dans ce cas, l'écoulement d'urine a pu d'abord avoir été entièrement supprimé. A ces symptômes locaux, se joignent des besoins fréquens et douloureux de rendre les fécès; des pesanteurs sur le fondement ou sur l'utérus; des hémorrhoïdes, des métrorrhagies; la circulation, est en général accélérée; il y a fièvre vive, pouls dur, plein et fort; les pommettes sont d'un rouge vermeil qui se dessine sur la couleur naturelle de la peau. La respiration est accélérée par suite de la douleur vésicale, de là aussi accélération de la circulation. On observe

de la céphalalgie, quelquefois du délire; parfois aussi des accès fébriles, (frisson chaleur et sueur), mais ces accès sont en petit nombre. Une exhalation abondante s'établit parfois à la surface de la peau.

2264. Si l'on pratique le cathétérisme, il est très douloureux, et le bec de la sonde, en touchant la membrane interne de la vessie, trouve souvent celle-ci entourant l'instrument, resserrée qu'elle est par la contraction des fibres charnues. Dans des cas extrêmes, il se peut faire, surtout si la sonde reste à demeure dans la vessie, que cet organe soit, sur quelque point, le siége d'une inflammation ulcérative, et que l'urine pénètre dans la cavité du péritoine ou dans les parties qui entourent le réservoir urinaire, telles que le vagin, ou le tissu cellulaire du bassin ou du rectum.

2265. A ces phénomènes locaux et généraux de la cystite, il faut joindre en diagnostic les circonstances commémoratives, coups, chûtes, rétention d'urine, etc., qui ont pu la produire : la présence de calculs constatée par le cathétérisme, les maladies des organes voisins qui peuvent l'entretenir, etc. Loin que la cystite se dessine toujours avec des formes aussi aiguës, et que sa marche soit rapide, ainsi qu'il en arrive dans les cas précédens, il se dessine d'autres fois une série de symptômes infiniment moins tranchés et qui peuvent mériter à cette affection le nom d'*hypo-cystite* ou, si elle tend à se prolonger, de *chrono-cystite*. C'est ainsi que la douleur, bien que présentant toujours les caractères précédemment indiqués, peut être très faible, et se prononcer à peine; que les fluides sécrétés par la vessie chroniquement enflammée, peuvent consister seulement en des mucosités filantes, plus ou moins claires et abondantes. Cel-

les-ci sortent immédiatement après l'urine, sous une forme assez analogue à celle de l'albumine liquide. C'est là une des nuances de la maladie désignée sous le nom de catarrhe de la vessie, affection dans laquelle se forment souvent des produits puriformes, et qui est fréquemment accompagnée de la résorption des liquides altérés par leur séjour dans la vessie, et d'un état fébrile général en rapport avec cette résorption, etc., etc. Souvent lorsque la cystite, qui est fréquemment bornée à la membrane interne, revêt cette forme et une marche chronique, il y a dans la vessie quelques causes organiques, telles que corps étrangers, ulcérations, etc., ou quelques lésions d'organes voisins (métropathie cancéreuse, néphrite, etc.), qui entretiennent le mal

2266. On peut admettre, dans certains cas, une *toxico-cystite ;* c'est celle qui suit l'ingestion de substances vénéneuses, et notamment des cantharides. La réunion des circonstances commémoratives de l'administration de ces poisons, soit à l'extérieur par des vésicatoires ou par des pommades contenant des substances cantharidées, soit à l'intérieur par l'estomac, le rectum ou le vagin, jointes au caractères de la cystite, pourront éclairer le diagnostic. Un moyen non moins précieux de reconnaître cette maladie, serait de constater dans l'urine, ou dans les matières évacuées par le vomissement et les selles (si la chose était possible), la présence de la cantharidine ou de toute autre substance toxique.

2267. *Uréthrite*, sensations d'abord de démangeaison, puis de douleurs ayant leur siège au bout de la verge et notamment vers la fosse naviculaire, se propageant par fois dans toute la longueur du canal de l'urèthre jusqu'à la prostate et à la vessie elle-même. Ces douleurs sont plus ou moins vives

en raison du degré de l'intensité de la maladie; elles deviennent par fois excessives, et sont accompagnées de ténesmes et d'épreintes vésicales. C'est surtout ce qui a lieu lorsque la maladie est très aiguë (*hyper-uréthrite*). Ces sensations douloureuses consistent dans un sentiment de chaleur, de cuissons, de brûlement et leur caractère spécial est d'augmenter beaucoup par le passage de l'urine qui, lorsque la maladie est très intense, sort par fois avec un jet très fort à cause de l'excitation qui s'est propagée à la vessie; la douleur augmente aussi en raison du degré de concentration du liquide urinaire, et par les pressions pratiquées sur le canal. Ce dernier caractère est important pour préciser le lieu spécialement affecté.

2268. Ecoulement par la verge d'un liquide d'abord muqueux, légèrement trouble, puis opaque, jaunâtre, puriforme; par fois mêlé de stries sanguines, présentant une consistance crêmeuse, variable en abondance; sortant habituellement par l'extrémité de l'urèthre; s'accumulant dans la fosse naviculaire dont on le fait sortir par la pression dirigée de haut en bas. Dans les cas graves, une grande partie du canal uréthral renferme la matière de l'écoulement, et celle-ci en sort également par la compression de ce conduit, soit qu'elle ait lieu dans le rectum, soit qu'on la pratique au dehors depuis l'anus jusqu'au bout de l'urèthre. Dans une période plus avancée de la maladie, l'écoulement diminue chaque jour d'intensité et d'abondance. Long-temps il conserve son aspect puriforme et opaque. Lorsqu'il est réduit à peu de chose et qu'il n'en a pas perdu pour cela ses caractères contagieux, il se borne à quelques gouttes de liquides qui s'accumulent le matin dans la fosse na-

viculaire, d'où il faut le faire sortir par des pressions bien faites pour constater son existence. Les linges qui ont été en contact avec la verge présentent des taches jaunâtres, jaune-verdâtres quelquefois peu prononcées. L'urine examinée au moment où elle vient d'être rendue, offre par fois au fond du vase quelques fragmens de mucosités puriformes.

2269. L'orifice uréthral examiné intérieurement présente une rougeur prononcée. L'extrémité du gland, surtout lorsque la verge a été déclive et que les soins de propreté n'ont pas été très grands, ou encore lorsque des frottemens par les vêtemens ont eu lieu, est elle-même enflammée, ce qui rend le moindre contact douloureux. Erections fréquentes par fois suivies d'éjaculations douloureuses; besoins répétés et impérieux d'uriner ; dans certains cas, cystite consécutive se développant avec intensité, et précédée quelquefois de rétention d'urine, ou au moins de grandes difficultés à la rendre. C'est surtout lorque la maladie se propage ainsi à des parties plus élevées de l'appareil urinaire que se développe une fièvre vive avec frissons, et qui ressemble assez bien à quelques accès de fièvre intermittente quotidienne. — Parfois le testicule s'enflamme consécutivement à l'urèthre ; de là une orchite qui souvent est accompagnée elle-même de la phlogose de la tunique vaginale et de l'accumulation de liquides dans la cavité de cette membrane séreuse. L'orchite consécutive à l'uréthrite et qui de toutes les affections de ce genre est incontestablement la plus fréquente, succède en général à des érections qui n'ont pas été suivies d'éjaculation. Cette circonstance explique, mieux que la sympathie, l'inflammation du testicule à la suite de la blennorrhagie.

2270. Lorsque la maladie persiste et prend la forme lente (*chrono-uréthrite*), elle n'offre plus en général qu'un faible degré (*hypo-uréthrite*) ; l'écoulement prend alors des apparences qui varient depuis l'aspect de mucosités troubles, jusqu'à celui deliquides puriformes ; les douleurs sont souvent à peine marquées, et ne se prononcent que par des pressions assez fortes, ou par le passage d'urines très irritantes ; quelquefois même elles cessent, ainsi que l'écoulement, pendant quelques jours et reviennent ensuite pour la cause la plus légère. Ce sont ces variétés de l'uréthrite qui le plus souvent, sont suivies d'uréthrarctie (retrécissemens uréthraux).

2271. A ces symptômes locaux et généraux il faut joindre, pour établir le caractère de la maladie, l'histoire des antécédens. L'usage de la bierre forte cause par fois une uréthrite assez aiguë, qui se dissipe ordinairement d'elle-même lorsqu'on a cessé de prendre de cette boisson. Le coït ayant eu lieu avec une personne suspecte, porte à admettre que *l'uréthrite est contagieuse.* Il n'est pas de caractère physique d'écoulement qui puisse faire distinguer *l'uréthrite contagieuse syphylitique* de celle qui ne l'est pas ; à plus forte raison la plupart des symptômes fonctionnels coïncidans ne peuvent établir cette différence. On a proposé l'inoculation sur la personne malade elle-même, dans l'intention de savoir si l'écoulement pourrait produire des chancres. S'il en était ainsi, la maladie devrait être considérée comme siphylitique. Nous ne pourrions conseiller cette pratique, et cela dans la crainte de causer une infection générale. Il n'est pas dit qu'un écoulement siphylitique puisse produire celle-ci alors que la membrane muqueuse

uréthrale ou vaginale n'est qu'enflammée et non ulcérée ; tandis qu'elle serait très à craindre si les tissus étaient entamés et les vaisseaux mis à nus. L'existence de chancres, de végétations, de pustules humides, etc., sur la personne malade ou sur celle qui aurait communiqué l'affection, jointe à l'efficacité des mercuriaux, relativement à la suppression de l'écoulement, seraient *des signes probables* qu'il ne faudrait pas négliger pour établir le diagnostic de la nature siphylitique d'un écoulement uréthral. (Voyez plus loin l'exploration des liquides vaginaux.)

2272. *Prostatite* (inflammation de la prostate). *Pyoprostatite* (abcès de la prostate). La palpation, par le rectum, de la prostate, permet d'y constater de la douleur, une tuméfaction ou de la fluctuation. Le cathétérisme uréthral y découvre les mêmes symptômes, et on éprouve une gêne marquée à pénétrer dans la vessie. Les signes de l'uréthrite profonde ; ceux de l'anurorrhée (rétention d'urine), ou au moins de la dysurorrhée (difficulté dans l'excrétion urinaire) ; ceux encore de l'urocystiectasie joints à des pesanteurs sur le siége, à l'écoulement (par l'urèthre, la sonde ou lors de l'évacuation des premières gouttes d'urine), de mucus, de pus, etc., sont les caractères qui peuvent spécifier l'inflammation et la suppuration de la prostate. Ces affections sont, du reste, complétement classées parmi les maladies chirurgicales.

2273. *Hémocystorrhagie* (hémorrhagie vésicale), écoulement par le canal de l'urèthre, et seulement lorsque le malade urine, ou par la sonde introduite dans la vessie, de sang pur ou mêlangé avec le liquide sécrété normalement par les reins. Il peut être liquide ou coagulé, et, dans ce dernier état, présen-

ter des formes diverses; parfois rouge vermeil, il est d'autres fois plus foncé en couleur. Il arrive que les premières quantités d'urine excrétées ne contiennent pas de sang, tandis qu'on en trouve, au contraire, dans les dernières portions de liquide évacuées. Absence des symptômes et des signes de la néphrite, et présence actuelle ou antécédente de cystipathies (inflammation, présence de graviers, etc.). L'urine, dans ces cas, est parfois albumineuse, alors même que la matière colorante du sang n'est plus mélangée avec elle. Le diagnostic de l'hématurie sur l'homme est facile en tant au moins qu'il s'agit de déterminer que la source du sang est dans quelque point de l'appareil urinaire. Sur la femme, il n'en est pas toujours ainsi, et il faut de l'attention pour distinguer certaines hémorrhagies utérines ou vaginales de l'écoulement de sang par l'urèthre. Nous reviendrons plus tard sur ce sujet.

2274. *Hemo-uréthrorrhagie* (hémorrhagie uréthrale), écoulement du sang par l'orifice uréthral, soit naturellement, soit à l'occasion de pressions pratiquées sur le canal, et propres à en faire sortir l'urine, soit enfin sur les côtés de la sonde, lors du cathétérisme. Cette hémorrhagie est ordinairement en petite quantité. Le sang s'écoule quelquefois dans les premiers temps de l'excrétion urinaire; souvent ont existé les circonstances commémoratives de cathétérisme forcé ou du moins difficile : celles de graviers, d'anciennes maladies de l'urèthre, etc.

2275. *Hypercystitrophie* (épaississement des parois de la vessie). C'est surtout le cathétérisme qui peut faire reconnaître cette disposition organique dans laquelle la vessie offre souvent l'état désigné sous celui de vessie à colonnes. Souvent cet état est accompagné ou a été la suite d'uréthrarcties, de litho-

cystite, et surtout d'urocystiectasie dans laquelle l'irritation de l'organe par l'urine a été portée au point de faire rétracter les parois de ce réservoir.

2276. *Cystiarctie* (retrécissement de la vessie). Elle a presque toujours son siége au col, et est due alors à une inflammation, ou à une augmentation de volume de la prostate.

2277. *Uréthrarctie* (resserrement, retrécissemens de l'urèthre), difficulté de rendre l'urine, obstacle trouvé dans le canal à l'introduction de la sonde ou des bougies. On peut juger par les moyens d'exploration proposés par Ducamp, Lallemand, Amussat, Ségalas, Leroy d'Étiolles, etc., de la profondeur, de la forme, du degré des retrécissemens uréthraux. L'exposition précise de ces moyens de diagnostic doit être renvoyée aux traités *ex professo* sur ce sujet.

2278. *Uro-cystiectasie* (distension de la vessie par l'urine). Forme bombée, saillante du bas-ventre, reconnaissable à l'inspection. Hors les cas si communs de météorisme, ou de raideur des muscles abdominaux, la palpation pratiquée avec soin permet de constater, dans l'hypogastre, l'existence d'une tumeur globuleuse qui s'élève plus ou moins haut vers l'ombilic. Parfois, on trouve seulement un défaut d'élasticité en rapport avec la présence de l'organe distendu par l'urine. Matité à l'oreille, léger degré de résistance au doigt par la percussion; forme arrondie de l'espace où se rencontrent ces phénomènes plessimétriques. Hors le cas de stercorentérectasie et de quelques autres circonstances organo-pathologiques, les régions iliaques donnent un son tympanique; et même, le son donné par la vessie pleine d'urine, n'est jamais précisément celui que fournissent les intestins remplis de fécès. La dimension de l'espace où le son mat est obtenu, cor-

respond exactement à celle de la vessie ; dans quelques cas, ce n'est que derrière le pubis qu'on retrouve cet organe médiocrement distendu. Ceci a lieu sur les hommes dont le bassin est très large. Il n'y a pas de déplacement dans le lieu occupé par la matité, bien que la position du malade varie (2209). Par le palper du rectum et du vagin, on trouve la vessie faisant vers l'hypergastre une remarquable saillie. Par le cathétérisme, on fait évacuer des quantités d'urine proportionnées au degré de la maladie. Circonstances commémoratives de quelque affection propre à empêcher la secrétion urinaire (uréthrarctie, uréthrite, prostatite, graviers, etc.), ou de quelques autres qui font que la vessie ne se contracte pas (amyélonervie, encéphalopathies, fièvres graves); du météorisme qui doit conduire à rechercher si, indépendamment de l'aéro-entérectasie, il n'y aurait pas d'urine dans la vessie. Que si les malades disent uriner, ou que si les assistans assurent qu'il en est ainsi, on n'en recherchera pas moins si le réservoir urinaire est ou non distendu ; car le malade peut uriner par suite du trop plein de la vessie (par régorgement), ce qui ferait facilement méconnaître la cystiectasie urinaire. Aux symptômes locaux, il faut joindre ceux de l'urohémie qui, plus tard, se manifestent (2259), ceux de la cystite (2262), quelquefois de la néphrite (2153), et les signes de la compression du rectum, de la matrice, etc., par le viscère distendu (1).

2279. *Hypercystinervie*, (augmentation dans l'action nerveuse de la vessie). Cet état est fort peu

(1) Voyez pour le diagnostic comparatif des tumeurs vésicales, et des affections utérines ovariques et péritonéales, celui des états organo-pathologiques de l'utérus, des ovaires ou du péritoine.

connu. Peut-être doit-on lui rapporter certains cas dans lesquels la vessie est très irritable, où le besoin d'uriner se manifeste d'une manière très fréquente, où il ne peut séjourner à la fois dans cet organe, qu'une très petite quantité de liquide, et tout cela, sans qu'aucun phénomène inflammatoire se dessine. On observe des accidens pareils sur ceux qui ont pris beaucoup de boisson et ont uriné un grand nombre de fois de suite; sur ceux encore qui ont stimulé outre mesure les organes génitaux ; sur les malades dont la vessie contient des corps étrangers, etc.

2280. *Acystinervie*, (paralysie de la vessie). Cette affection est bien plus importante à reconnaître que la précédente, et présente les caractères suivans : circonstances commémoratives de coups, de chûtes sur la région des reins; de distension de la vessie par le séjour prolongé de l'urine; d'excès vénériens; symptômes et signes d'urocystiectasie; le malade veut uriner et n'y parvient pas. Ce n'est pas ici un simple oubli d'excréter l'urine; ce n'est pas une attention distraite qui empêche d'exécuter cette action, c'est bien au contraire une impossibilité absolue de le faire. Si une sonde est portée dans l'organe, elle ne rencontre pas d'obstacles, ou, si elle en trouve, et quelle les surmonte, le fluide coule par un faible jet proportionné au degré de la distension vésicale. Ce jet est bien plus faible que celui qu'on observe lorsque la vessie est seulement dilatée et non paralysée. Dans ce dernier cas, à mesure que l'urine s'écoule, il semble qu'elle est projetée à une distance plus grande. Dans l'acystionervie, au contraire, à mesure que le liquide sort la force diminue. Presse-t-on sur la vessie, à l'instant le jet augmente de beaucoup, et se ralentit plus

encore lorsqu'on cesse cette compression. La main qui presse l'hypogastre, à mesure qu'il s'affaisse, n'y trouve pas un corps globuleux, résistant, et ne parvient pas même toujours à distinguer le réservoir urinaire. Plus tard et lorsque la maladie a duré, il arrive un moment où la vessie très distendue, fait sortir l'urine d'une manière continuelle et goutte à goutte ou par regorgement. Si l'on vient à évacuer celle-ci par la sonde, il se passe un tems considérable avant que l'organe en soit de nouveau rempli, et que l'écoulement reparaisse. Bien que la vessie soit paralysée, il se peut faire qu'elle se rétracte sur elle-même comme dans la cystiectasie simple, et tous les accidens qui suivent celle-ci, ne tardent pas à se déclarer. Au reste, il y a des degrés nombreux d'acystinervie, depuis celui où la vessie est seulement affaiblie, et a perdû une partie de son ressort, jusqu'aux cas dans lesquels toute contraction de cet organe est devenue entièrement impossible. Très souvent co-existe avec la paralysie du réservoir de l'urine, celle du rectum et des membres inférieurs, parceque toutes trois sont des effets fréquens de l'amyélonervie, (paralysie de la moëlle de l'épine), produite par quelque altération de texture des parties les plus inférieures de la moëlle rachidienne.

2281. *Dyscystionervie.* (troubles dans l'action nerveuse de la vessie). Il est évident que des besoins fréquens d'uriner, revenant à des heures fixes; que des douleurs passagères, qui ont leur siège dans la vessie, ne peuvent guère être rapportées aux états organo-pathologiques précédens. Quelques unes de ces douleurs, existant sans causes organiques appréciables, ainsi qu'on le remarque sur certaines femmes hystériques, ou sur des hommes hypo-

chondriaques, peuvent mériter le nom de cystialgies.

2282. La vessie enfin, peut être le siége d'affections tuberculeuses (cystistrumosie), cancéreuses (cystisarcomie), siphylitiques (cystisiphylidie) etc. Ces lésions sont souvent le résultat de la propagation de maladies d'organes voisins, jusqu'au réservoir de l'urine.

2283. *Lithocystipathie, lithocystite* (souffrance, inflammation de la vessie en rapport avec la présence d'un calcul dans cet organe). Le toucher du rectum sur l'homme, ou du vagin sur la femme, et surtout le cathétérisme, qui font reconnaître la présence d'une pierre dans le réservoir urinaire, fournissent les preuves positives de l'existence d'un calcul vésical ou uréthral. Nous en avons déja parlé avec assez de détail pour nous dispenser d'y revenir ici (2192, 2194). Le plus souvent à ces signes anatomiques se joignent les symptômes de la cystipathie ou même de la cystite à des degrés variés. C'est surtout dans la lithocystipathie, que les douleurs au bout au gland sont intenses, et que les mouvemens ou les secousses de la voiture sont pénibles.

## §. V. *Exploration de l'utérus et du vagin.*

2284. La forme de l'abdomen, dans les cas où l'utérus a augmenté de dimensions, présente souvent à L'INSPECTION, des phénomènes remarquables. Quelle que soit la cause de cette distension, que ce soit un fœtus, du sang, des tumeurs contenues dans la matrice, toujours est-il, que le plus sou-

vent, le bas-ventre dans l'hypermétrotrophie (augmentation de volume de l'utérus) offre d'abord un aspect bombé, fort analogue à celui qu'on remarque lorsque la vessie est distendue par une grande quantité d'urine. La saillie du ventre existe surtout sur la ligne médiane au niveau de l'hypogastre; tandisque les régions iliaques sont déprimées. Plus tard la tumeur s'élève vers l'ombilic, envahit une grande partie de l'abdomen, et comme elle s'élargit en même tems, les côtés du bas-ventre cessent de présenter la dépression dont il s'agit. Du reste, l'inspection de l'abdomen, faite dans l'intention de constater si l'utérus est distendu, est d'une utilité fort secondaire. Elle n'apprend en rien, si l'augmentation de volume observée tient à la matrice elle-même, ou aux ovaires, à lavessie, aux intestins grêles, au péritoine; elle n'apprend pas, s'il s'agit de gaz, de liquides, ou de corps solides contenus dans quelqu'une de ces parties. Seulement, on déduit quelques caractères diagnostiques de cette circonstance : qu'en général, les tumeurs utérines occupent la ligne médiane, tandis que celles des ovaires sont ordinairement placées latéralement.

2285. L'inspection du vagin ne doit être faite qu'avec les précautions que la décence exige. Toutefois, il ne faut pas que la crainte de déplaire et que des préjugés fassent ici négliger un examen par fois indispensable; toutes les fois en effet que la femme se plaint d'écoulemens habituels, et qui résistent à des soins de propreté; toutes les fois que des boutons, des tumeurs, des échorchures se déclarent, d'après son aveu, sur les organes sexuels, il faut insister sur la nécessité d'une exploration directe. Sans cela on pourrait méconnaître des vaginites, des ulcérations, des végéta-

tions siphylitiques, des abcès des petites lèvres, etc. Il ne faut pas hésiter dans les demandes d'exploration, prendre des formes ou des circonlocutions trop ménagées. On doit savoir concilier la fermeté et la politesse; sans cela on ne parviendrait pas quelquefois, surtout sur de jeunes femmes, à procéder à un examen qui peut vivement intéressser leur santé. Ce que je dis ici de l'inspection directe est non moins vrai de l'inspection avec le spéculum, et de la palpation dont il sera bientôt parlé.

2286. Si la personne que l'on veut explorer se refuse à l'examen qu'on désire faire soi-même, il faut le faire pratiquer par une sage-femme, ou par un homme avancé en âge, plutôt que de se priver de renseignemens indispensables. Il est une précaution qui m'a permis de lever plus d'un scrupule; c'est de se servir d'une pièce de linge à laquelle on fait une incision dont la longueur correspond à celle présumée de la vulve. La femme applique ce morceau d'étoffe sur les parties génitales et les cuisses, et fait correspondre la fente du linge à l'orifice vulvaire. De cette sorte, le bas-ventre, les cuisses, toutes les parties extérieures de la génération sont cachées, et cependant on peut très bien explorer le vagin ou introduire le spéculum. On ne saurait croire combien ces petites précautions peuvent être utiles en pratique.

2287. Pour bien examiner le vagin et l'orifice vulvaire, comme aussi pour introduire le spéculum, la femme est assise tout-à-fait sur le bord de son lit, de manière à ce que les parties génitales dépassent un peu ce même rebord; la poitrine et la tête sont supportées en arrière par des oreillers et cela, pour que la position soit la moins incommode possible. On fait écarter les

cuisses et les genoux ; les talons appuyent sur deux chaises ou sur les bras de deux fauteuils placés de chaque côté de l'explorateur, qui est lui-même assis au devant de la femme ; si l'on a des aides à sa disposition, c'est avec avantage qu'on s'en sert pour faire écarter les cuisses et pour retenir les mains que les femmes pourraient instinctivement porter vers les parties qu'on examine.

2288. Presque toujours c'est à la lumière d'une bougie que l'exploration vaginale est faite ; il faut seulement que cette bougie éclaire bien ; on se serait précautionné par avance d'eau tiède, d'une éponge fine, de cérat, de linge fin, de charpie, d'une seringue remplie d'eau tiède, d'un stylet boutonné et tout cela dans l'intention de nétoyer les organes qu'on veut explorer, et de constater plus exactement leur état anatomique.

2289. Or, il faut examiner successivement le rebord externe des grandes lèvres où se déclarent souvent des végétations, des furoncles ; leur rebord interne où existent fréquemment des ulcérations ; les petites lèvres situées plus en dedans ; les débris de la membrane hymen qu'il faut se donner garde de prendre pour des végétations ; l'orifice uréthral dont il a été déjà parlé ; la fourchette qui souvent est ulcérée long temps après les couches, et il faut ne pas confondre une telle lésion avec une affection siphylitique comme je l'ai vu faire par un praticien, d'ailleurs recommandable. Pour examiner les parties plus profondes, on peut écarter les lèvres vulvaires avec le doigt et recommander à la femme de faire des efforts, de pousser, pour me servir du langage des accoucheurs ; alors le vagin descend un peu plus et l'on aperçoit des parties d'abord cachées.

2290. A l'aide de l'inspection pratiquée de cette manière, on distingue les inflammations variées que la membrane vaginale peut présenter ; les ulcérations qui y ont leur siège ; le fond grisâtre entouré d'un bord inégal, saillant, quelquefois coupé à pic de celles qui, simples ou multiples, ont souvent un caractère siphylitique ; les écorchures, les déchirures des diverses parties du vagin ; les abcès qui font saillie sur les petites lèvres ; les écoulemens qui varient de caractères et dont il sera parlé plus tard ; les végétations uniques, multiples, découpées, pédiculées ou à large base ; les tumeurs fongueuses, rouges, saignantes et érectiles ; ou encore dures, rosées ou à surface grisâtre, de nature cancéreuse, et qui ayant ordinairement commencé par le col utérin se sont ensuite propagées sur le vagin ou viennent oblitérer en partie sa cavité ; les polypes de diverses espèces ; les orifices fistuleux communiquant avec la cavité du rectum ou avec celles de la vessie et de l'urèthre, etc., etc.

2291. Dans les cas de prolapsus utérin porté très loin, et lorsque la matrice vient faire saillie à la vulve, l'inspection simple permet de reconnaître l'aspect que présente cette partie et de distinguer son orifice, circonstance importante et qui fait remarquer cet état pathologique de ceux qui sont en rapport avec une tumeur de toute autre nature, ayant son siège dans la même partie. En général, on ne pent examiner le col de l'utérus qu'à l'aide d'instrumens appropriés, désignés sous le nom de *spéculums*.

2292. Bien que ces instrumens ne soient pas des inventions modernes, et qu'on trouve dans Paul d'Égine, Albucasis, Franco, Ambroise Paré, Scul-

tet et Garangeot, la description ou la figure de *spe-culums uterins* à plusieurs valves, et susceptibles de se dilater après leur introduction dans le vagin, il n'en faut pas moins avouer que l'emploi en était tout à fait inusité, et que la science des modernes et l'humanité doivent beaucoup, sous ce rapport, à M. Récamier. L'instrument qu'il a proposé, extrêmement simple, consiste dans un tube d'étain poli, dont l'extrémité utérine, un peu plus étroite que le reste, présente un léger bourrelet qui lui permet d'embrasser le col utérin, sans pouvoir le blesser. L'autre extrémité est soutenue par un manche recourbé propre à fixer l'instrument, une fois qu'il est introduit dans les parties génitales.

2293. On a infiniment varié depuis, la forme et la disposition des spéculums. On y a placé un enbout qui en a rendu l'introduction plus facile (M. Boivin); on l'a composé de plusieurs valves qui, rapprochées lorsqu'on introduisait l'instrument, sont dilatées par un moyen mécanique quelconque, lorsque le spéculum est parvenu au voisinage du col utérin (Jobert, Guillon, Colombat, Ricord, etc.). M. Charrière, dans ces derniers temps, a roulé, les unes sur les autres, trois valves articulées par leur bord contigu, et qui pouvant être déployées lorsqu'elles sont dans le vagin, servent à dilater celui-ci. On s'est surtout attaché, et avec raison, à faire que l'écartement des valves se fît dans la profondeur du vagin plutôt qu'à l'orifice externe des organes génitaux; précaution utile, puisqu'une telle dilatation est ce qu'il y a de plus douloureux dans cette opération exploratrice.

2294. On a peut-être attaché, comme le remarque M. Blandin, trop d'importance à de légères

modifications dans le spéculum. Celui dont on a le plus d'habitude, est peut-être le meilleur entre les mains de celui qui s'en sert. On a exagéré les avantages que quelques uns de ces instrumens présentent, et les inconvéniens que les autres peuvent offrir. Je crois l'usage d'un enbout extrêmement utile. Les valves multiples, n'exposent à blesser le vagin, que lorsqu'on connaît peu l'instrument dont on a fait choix, et qu'on ne prend pas les précautions, que son introduction, son mode de développement dans le vagin, ou son extraction exigent. Je me sers en général d'un spéculum à quatre valves, muni de son enbout, se dilatant par par son extrémité extérieure, et susceptible d'un écartement assez considérable, pour permettre au col utérin, de s'y engager avec facilité. Du reste, deux des valves de cet instrument, sont disposées de telle sorte, qu'elles peuvent être enlevées par un mécanisme fort simple, et alors, l'instrument n'est plus que bivalve, ce qui a de l'utilité dans quelques cas, surtout, lorsqu'il s'agit d'explorer latéralement le vagin.

2295. Quelque soit l'instrument dont on se sert, celui-ci sera d'abord graissé d'huile ou de mucilage de graines de lin, qui ont sur le cérat, l'avantage de ne pas laisser les parties enduites d'un corps opaque qui gêne l'exploration; on échauffe le spéculum dans l'eau tiède; on prend les diverses précautions dont il a été parlé à l'occasion de l'inspection du vagin (2285); on se munit de plusieurs petits pinceaux de charpie, supportés par des tiges plus longues que le spéculum, et (si l'on présume, devoir cautériser) de nitrate d'argent, de nitrate acide de mereure, ou enfin, du caustique dont on a fait choix; on se précautionne des pièces de pansement

dont on désire se servir. (1) Ici surtout, il ne faudra pas oublier de se munir d'une seringue pleine d'eau tiède, ou de liquides destinés à de nouvelles injections qui peuvent être utiles, et de vases pour recevoir l'eau qui s'écoule.

2296. La femme est placée comme il a été dit, pour l'inspection du vagin (2287) : seulement, le bassin est tenu élevé autant que possible. La lumière du jour éclaire mieux que toute autre; mais il est difficile de la diriger vers le fond de l'utérus. Un miroir concave, placé derrière une bougie, ou une lentille réfringente, large et disposée entre le jour et le col utérin, pourraient servir à porter plus de clarté dans le fond de l'instrument, et à mieux apprécier ce qu'on ferait.

2297. Il est trois choses dont il faut surtout tenir compte lorsqu'on veut introduire le spéculum:

2298. 1°. De la résistance de l'anneau vulvaire (Jobert, Ricord); si celui-ci n'est pas dilaté par l'instrument, il se peut faire qu'il soit poussé au devant du spéculum, jusqu'à une certaine profondeur, d'où résultent des tiraillemens douloureux. Pour éviter cet inconvénient, pour ne pas blesser le canal de l'urèthre, et pour ne pas trouver des obstacles dans les plis du vagin, on écartera les grandes et les petites lèvres avec les doigts indicateur et annulaire de la main gauche. Le médius introduit dans le vagin, abaissera la fourchette, et lui servira de plancher protecteur (Ricord, Lemarchand). Le spéculum, muni de son enbout, fermement tenu de la main droite, sera conduit

(1) Nous parlons ici de ces moyens thérapeutiques, parce que l'examen de l'utérus à l'aide du spéculum étant pénible pour la femme, il est bon d'avoir recours à la médication dont on croit devoir faire usage, dès la première exploration.

alors directement dans la direction de l'axe de l'anneau vulvaire. Les doigts de la main gauche introduits dans les parties génitales, écartent celles-ci, et facilitent l'introduction de l'instrument.

2299. 2° De l'axe du détroit inférieur et de la direction du petit bassin : le spéculum, doit en effet parcourir pour son introduction, une route semblable, mais en sens inverse, à celle que suit le fœtus au moment de son introduction. C'est-à-dire, qu'il doit être dirigé dans le sens de la courbure du sacrum. Du reste, à mesure que le spéculum pénètre, il faut le porter avec beaucoup de précaution et de lenteur.

2300. 3° Des différences que le col peut présenter sous le rapport de sa profondeur, de son volume, de sa direction. Il est utile d'insister sur ce sujet.

2301. Quelle est la profondeur à laquelle le col utérin se trouve de la surface des grandes lèvres qui limite par en bas les parties de la génération? Il y a ici une multitude de différences qui dépendent de l'âge de la femme, de sa taille, des dimensions du bassin, de la place que la matrice occupe, et par exemple des légers degrés de prolapsus qui peuvent exister; de la grosseur du col, de l'épaisseur des grandes lèvres, de l'état de réplétion ou de vacuité du rectum, de la vessie, du volume des intestins et du ventre. Ces viscères peuvent en effet, lorsqu'ils sont distendus, refouler la matrice et son col par en bas; sur une même femme, à de courts intervalles de tems, l'utérus est plus élevé ou plus abaissé. Il est des cas où on le trouve à un ou deux pouces du rebord des grandes lèvres; d'autres où ce n'est qu'à trois ou quatre qu'il se ren-

contre. C'est très rarement qu'il faut arriver à cinq pouces pour le découvrir. On aura la hauteur à laquelle on le trouve en sachant d'une part quelle est la longueur du spéculum, et de l'autre quelle est la portion de l'instrument qui, au moment où le col est engagé, fait saillie au dehors des parties génitales.

2302. Quel est le volume du col utérin? Il varie beaucoup et M. Lemarchand a dit avec raison qu'il y avait autant de différence d'une femme à une autre, sous le rapport de la dimension de cette partie qu'on en observait sur divers hommes relativement aux proportions du gland ou de la verge. En général, le col utérin présente de 12 à 16 lignes de diamètre tranversal; mais cette mesure encore une fois n'a rien de constant. Si l'on s'en rapportait seulement à elle pour juger de l'état sain ou maladif de cette partie, on serait exposé à commettre de graves erreurs. C'est plutôt lorsque le museau de tanche est inégalement hypertrophié sur des points divers de son étendue, qu'il est plus facile d'apprécier l'augmention de son volume. On a proposé aussi d'examiner à plusieurs reprises quelles sont les dimensions du col et de le considérer comme hypertrophié dans le cas où on le voit s'accroître et *vice versâ*. Mais remarquez que la simple congestion peut déterminer des variations de volume; remarquez que peu d'organes sont plus facilement que l'utérus le siège d'hyperhémies; et concluez qu'il faut être très réservé sur le jugement que, d'après de telles considérations, on porterait sur l'hypertrophie ou l'atrophie du museau de tanche. Quoiqu'il en soit un col petit s'engage mieux dans le spéculum, que ne le fait un col volumineux.

2303. Le col utérin est bien loin d'être toujours

dirigé suivant une ligne parallèle à l'axe du vagin. Il est même très ordinaire que sa surface inférieure soit inclinée en arrière; quelquefois elle est dirigée en avant, à gauche ou à droite; et par fois aussi elle présente une disposition moyenne entre les précédentes. Il faut, avant d'introduire le spéculum, constater par la palpation quelle est la direction du col utérin; sans cela on s'exposerait à faire des recherches inutilement prolongées, et quelquefois même sans résultat. Il pourrait même arriver qu'on portât le spéculum plus loin que le col utérin, et qu'on formât en poussant le vagin au devant de l'instrument, une sorte de cul de sac, où rien de semblable au col ne se présenterait.

2304. En tenant compte de ces circonstances, on n'éprouve pas de difficulté à faire engager le col de l'utérus dans l'extrémité de l'instrument; aussitôt que celui-ci est porté à un pouce ou deux dans le vagin, on en écarte légèrement les valves, on retire avec précaution l'enbout qu'on a bien maintenu, et on évite de pincer la membrane vaginale entre le rebord saillant de cet enbout et celui de l'instrument. On voit alors le vagin faire une saillie au centre de spéculum; on pousse légèrement celui-ci d'avant en arrière dans le sens de la dépression que la membrane vaginale présente au devant de l'extrémité de l'instrument. On incline ensuite celui-ci dans la direction que le toucher a appris devoir être suivie sous le rapport de la situation du col; on écarte doucement les valves; le museau de tanche se présente, s'engage bientôt dans la spéculum, et on facilite quelquefois ce mouvement en relevant un peu l'instrument en arrière.

2305. Pendant cette opération on examine avec soin l'état du vagin, les aspects qu'il présente, la

nature des écoulemens dont il peut être recouvert. Aussitôt que le col est engagé, on constate l'apparence des liquides qui le revêtent ou qui en bouchent l'orifice; puis on fixe avec soin les branches du spéculum dans le degré d'écartement convenable, au moyen de la vis destinée à cet usage. On essuie avec un ou plusieurs pinceaux le col utérin; on y fait des injections pour mieux en nettoyer la surface. C'est alors surtout qu'il est utile de bien éclairer le fond du vagin pour distinguer les apparences variées que le museau de tanche présente.

2306. Lorsque l'inspection est terminée, on desserre la vis du spéculum, on en rapproche doucement les valves, on dégage le col et on retire l'instrument, en suivant la même ligne que lors de son introduction.

2307. Quand on veut explorer les parties profondes du vagin, on se sert seulement de deux des valves du spéculum; une fois que celui-ci est introduit, on l'écarte assez pour que la membrane vaginale fasse saillie entre les valves, et l'on examine ainsi successivement les diverses parties du conduit vulvaire.

2308. Or, l'inspection du col utérin avec le spéculum, permet de constater un grand nombre d'apparences du col ou du vagin, sur lesquelles il est indispensable d'insister.

2309. 1° La coloration : celle-ci dans l'état normal est très légèrement rosée et d'un ton désigné sous le nom de couleur de chair: au centre et vers l'orifice, se trouve cependant une rougeur un peu plus vermeille, et qu'il faut bien se donner garde de prendre pour un état maladif. Dans certains cas pathologiques, le col offre une teinte uniformément rouge, et cet aspect lui est quelquefois commun

avec le vagin : j'ai remarqué ce fait dans quelques vaginites présumées siphylitiques. Il présente aussi une apparence rouge, lorsque du sang forme à sa surface une couche peu épaisse, et c'est surtout alors, que pour éviter des méprises, il est utile d'avoir recours à des injections et au nétoyement avec le pinceau. Les rougeurs sont parfois très limitées, très circonscrites, et ce sont des cas auxquels il faut porter beaucoup d'attention. Les anciennes cicatrices du col sont longtemps rougeâtres. Il ne faudrait pas les prendre pour des ulcérations ou pour des érosions; elles diffèrent surtout de celle-ci, en ce que leur apparence n'est pas grenue, mais bien lisse et unie. C'est le plus souvent au voisinage de l'orifice utérin que les rougeurs morbides sont les plus vives. Des apparences grisâtres, noirâtres, violacées se font quelquefois remarquer sur le col et bientôt nous allons y revenir.

2310. 2° Les érosions, les déchirures, les inégalités, les ulcérations que le col présente : d'abord on trouve souvent sur les côtés de l'orifice utérin les inégalités que le doigt avait senties par le toucher, et qui sont en rapport avec d'anciennes déchirures causées par l'accouchement. Ailleurs, on découvre des surfaces rouges, grenues, parfois saignantes lorsqu'on les touche : ce sont là des érosions superficielles qu'il faut promptement arrêter. D'autrefois il s'agit d'ulcérations véritables à fond grisâtre; ailleurs et fréquemment, de plaques grises et adhérentes, au dessous desquelles existent des rougeurs ulcérées. Dans d'autres cas, ce sont des végétations vermeilles ou violacées qui partent d'une ulcération plus ou moins profonde, et dont les bords sont eux-mêmes saillans et inégaux. Dans plusieurs cas, mais notamment dans l'un d'eux,

j'ai vu une petite fissure limitée, circonscrite, donnant abondamment du sang, et qui avait entretenu depuis plusieurs mois une hémométrorrhagie abondante. Il a suffi d'une seule cautérisation avec le nitrate d'argent, pour guérir cette affection, etc.

2311. 3° Des tumeurs variées peuvent être reconnues par l'inspection du col, à l'aide du spéculum. Tantôt il s'agit de caillots qui sortent de l'orifice utérin, et qui sont reconnaissables à leur mollesse, à leur teinte foncée, à la facilité avec laquelle on les déchire ou on les extrait. D'autrefois, ce sont des productions fongueuses, d'apparence érectile, facilement saignantes. Ailleurs encore, des végétations consistantes gênent plus ou moins l'introduction du spéculum, et y mettent un obstacle complet. Parfois, des dilatations veineuses existent sur le col, et peuvent être la source d'hémorrhagies.

2312. 4° Certaines formes du col plus ou moins différentes de celles qu'on observe d'ordinaire sont encore reconnaissables par l'inspection. C'est ainsi qu'on trouve par fois l'une des lèvres très saillante et inégalement tuméfiée; que l'on y voit des scissures plus ou moins profondes et quelquefois des rides nombreuses qui le sillonnent, etc.

2313. Les apparences qu'offre le col utérin à l'inspection éclairent infiniment sur le diagnostic de la nature des affections dont il peut être atteint. Cependant il ne faut pas s'en rapporter exclusivement à ce mode d'exploration, et c'est en combinant les autres moyens d'investigation avec l'inspection à l'aide du spéculum, qu'on peut parvenir à reconnaître les diverses espèces de métropathies, et à assigner les caractères que nous chercherons à établir dans nos résumés diagnostiques.

1314. L'inspection des parties profondes du vagin donne lieu à des résultats du même genre que celle de l'orifice externe de la génération. Rappelons seulement ici, combien elle est importante lorsqu'il s'agit de déterminer la forme, l'apparence, l'étendue et la curabilité des fistules vésico ou recto-vaginales.

1315. *La palpation sus-pubienne* de l'utérus se pratique de la même manière que celle de la vessie (2172). Il faut cependant ajouter quelques détails à ceux qui concernaient ce dernier organe. On palpe le bas-ventre, soit lorsque la femme est debout et appuyée contre un corps solide, soit dans l'attitude couchée qui a été plusieurs fois décrite (1791). La première de ces attitudes est peu convenable parce que les muscles abdominaux sont alors presque toujours plus ou moins tendus, gênent l'exploration et peuvent faire commettre des erreurs ; il est préférable que la femme soit placée sur son lit. On a le soin de faire vider la vessie et les intestins de l'urine ou des matières que ces parties peuvent contenir. On palpe alors le bas-ventre en recommandant à la personne qu'on examine de ne pas faire d'efforts. On place l'une des mains ou les deux mains à plat sur l'hypogastre, soit en interposant la chemise entre elles et la surface du ventre, soit, ce qui vaut mieux, en palpant directement. Dans ce dernier cas, il faut avoir le soin de bien échauffer ses mains ; on procède ensuite à l'exploration de la même manière que pour la vessie (2172). Quelquefois il faut plonger profondément les doigts dans l'excavation du bassin, ce qui permet d'y sentir l'utérus alors que celui-ci ne fait pas encore de saillie au-dessus du pubis. D'autres fois, on rencontre cet organe distendu et s'élevant plus

ou moins vers l'ombilic ou au-dessus de cette cicatrice, et l'on cherche à préciser, en suivant profondément avec l'extrémité des doigts la partie supérieure de la matrice, quel est le point de l'abdomen où son fond cesse de correspondre. S'il s'agit de grossesse ou de tumeurs utérines, il ne faut pas se contenter d'appliquer ainsi les mains à plat, d'une manière uniforme sur tous les points de la masse que l'on ressent; mais bien apprécier, à l'aide de mouvemens ménagés, la forme, la résistance, les rapports des différentes parties du corps solide que l'on reconnaît. C'est ainsi que dans les cas de gestation, on peut soupçonner la présence des membres pelviens ou de la tête, sur quelque points de la matrice, et, que s'il s'agit de tumeurs morbides de l'utérus, il est possible de savoir si ces tumeurs sont simples ou multiples globuleuses ou lobulées, partiellement dures ou molles, etc. Il faut bien aussi rechercher, si, dans le cas de grossesse présumée, on ne saisirait pas des mouvemens de l'enfant. Cette circonstance est d'un haut intérêt et dissipe bien des doutes sur l'état de la femme.

2316. La palpation sus-pubienne apprend à reconnaître, au moins dans beaucoup de circonstances, quel est le volume de l'utérus. Les accoucheurs s'en servent pour déterminer l'époque de la grossesse à laquelle la femme est parvenue. Les mesures qu'ils donnent sont en général les suivantes : C'est à trois mois seulement que la matrice s'élève au-dessus du bassin, elle atteint vers quatre mois ou quatre mois et-demi deux pouces au-dessus de la symphyse; à cinq mois elle se rapproche de l'ombilic, où elle parvient à six mois. A sept mois elle est à quelque pouces au-dessus et, plus tard, elle envahit la région épigastrique. Il est évi-

dent que de telles mesures n'ont rien de constant, qu'elles ne sont qu'approximatives, qu'elles varient suivant la taille de la femme, les dimensions du bassin, l'état de rigidité ou de mollesse des parois abdominales, suivant le volume du produit de la conception, etc. La palpation en faisant reconnaître vers six mois et plus tard, les mouvemens de l'enfant, donne ainsi l'un des signes sensibles les plus positifs de la grossesse. En permettant de découvrir des inégalités sur une tumeur utérine, elle en fait préjuger la nature. Par les sensations qu'elle donne, elle fait reconnaître les dimensions de la matrice, etc., etc. Il est donc évident que le toucher sus-pubien est d'une grande importance en diagnostic, et on s'étonne du peu de cas que semble en faire l'auteur d'un article remarquable sur l'exploration de l'utérus. Sans doute il est beaucoup de cas, où la raideur des muscles abdominaux ne permet pas d'atteindre et surtout de bien distinguer le fond de la matrice; sans doute des parois épaisses et un tissu adipeux très abondant mettent plus ou moins obstacle à l'exploration que l'on veut faire; sans doute encore on peut prendre pour le globe utérin la partie inférieure des muscles droits légèrement contractés; mais avec de l'habitude pratique on évitera cette dernière méprise, et les circonstances où la palpation du ventre ne pourra donner de résultats utiles, seront bien peu nombreuses, comparativement à celles où elle fournira des documens importans.

2317. *La palpation* vaginale ou le toucher, proprement dit, se pratique de la manière suivante : La femme peut être touchée, couchée ou debout, inclinée en arrière, en avant, ou accroupie. Le coucher sur le dos, a l'inconvénient d'exiger que le

doigt soit porté plus profondément, parce que le poids des viscères abdominaux ne pousse pas l'utérus en bas, comme cela a lieu dans d'autres attitudes, mais il a l'avantage d'éviter que les muscles des parois du ventre se contractent, et de permettre plus facilement la réunion du toucher par la vulve avec la palpation hypogastrique. D'ailleurs, cette position, qui n'exige aucun effort, est moins fatigante, la femme peut la garder plus long-temps et elle permet de mieux juger de l'état du col. D'ailleurs, si le col était trop haut dans cette position pour qu'on pût l'atteindre, on pourrait faire exécuter quelques efforts à la personne qu'on examinerait, et il serait alors possible d'y parvenir. Dans la majorité des cas, cette position est de beaucoup préférable aux autres.

2318. La station, cependant, permettra seule d'apprécier, par le toucher, certains états de l'utérus. C'est ainsi que, lors du prolapsus ou des déviations de cet organe, il est utile de faire tenir la femme debout. C'est en effet dans cette attitude que le poids de la matrice abaissée cause des souffrances qui sont la source d'une multitude d'accidens, et c'est dans la position où les variations de situation de l'utérus ont lieu, qu'il est le plus convenable de toucher. Faute de suivre cette pratique, des hommes, d'ailleurs très versés dans l'art des accouchemens, ont méconnu des prolapsus utérins et n'ont pas remédié, parconséquent, aux accidens dont les femmes se plaignaient.

2319. La position accroupie ne convient guère qu'autant qu'on desire faire rapprocher de beaucoup le col utérin de l'orifice de la vulve. Sur quelques femmes, cette attitude permet, dit-on, d'apercevoir le col, en écartant les grandes et les petites

lèvres. Ce serait là un grand avantage si l'on voulait procéder à l'inspection du museau de tanche. Il n'est guère utile, pour le toucher vaginal, de faire incliner la femme en avant, en arrière ou sur le côté, que dans les cas où le col utérin est dévié, et où l'on cherche à remédier à cette déviation en faisant mettre la malade dans une position convenable. Par des changemens d'attitude, il est possible en effet de ramener le col au centre du bassin, et de procéder ensuite avec plus de facilité à sa palpation. En général, avant de pratiquer le toucher, il est bon de faire vider le rectum et la vessie des matières qu'ils peuvent contenir. Cela est d'autant plus utile que M. Boivin et M. Dugès ont vu que l'état de réplétion de ces parties était une cause de déviation du col, et celle-ci, alors, produite par des états organiques faciles à dissiper, pourrait être prise pour une affection plus grave.

2320. Lorsqu'on veut pratiquer la palpation vaginale, il faut d'abord échauffer le doigt dont on veut se servir, et l'enduire d'un corps gras tel que l'huile et l'axonge qui, d'une part, ont l'avantage de rendre plus difficile l'absorption des liquides par les écorchures que l'on pourrait avoir à ce doigt, et de l'autre facilitent son introduction. On a dit que cet enduit gras rendait moins exactes les sensations que la surface du col faisait éprouver : un semblable reproche paraît peu fondé. Hors les cas où il s'agit d'un accouchement et où l'on voudrait se servir de l'ongle pour ouvrir les membranes, cet ongle, qui pourrait blesser, devra être coupé et arrondi sur les bords de sa section.

2321. Le plus souvent, on se sert d'un seul doigt, tandis que dans quelques cas, il est bon d'en employer deux. Suivant l'habitude, et mieux

encore suivant la position où l'explorateur se trouve placé, relativement à la femme, on fera choix de la main droite ou de la gauche. C'est par la partie postérieure de la vulve du côté du périnée, qu'il est convenable de chercher à introduire le doigt. On évite ainsi le clitoris. La main peut être tenue de deux manières ; ou bien les trois derniers doigts sont fléchis, l'indicateur restant étendu, et après l'introduction de celui-ci, le pouce est seul porté sur l'aine du côté où il correspond, ou bien le médius est dirigé vers l'anus, tandis que le pouce est porté en avant. L'indicateur s'élève alors à une hauteur un peu plus grande que dans la position précédente. Cette manœuvre est peut-être aussi moins douloureuse.

2322. On introduit, du reste, le doigt avec précaution et lenteur, et l'on explore avec soin à mesure qu'il pénètre : l'un des côtés du vagin, les grandes et les petites lèvres, les replis que la membrane présente, puis on arrive à la paroi postérieure où l'on trouve le rectum, dont on constate avec soin le volume, la forme, la direction et les matières fécales endurcies qui peuvent s'y trouver. On parvient ainsi, en s'élevant toujours, jusqu'au fond du vagin. Revenant ensuite en avant, on ne manque guère de trouver le col, ordinairement reconnaissable à la tumeur arrondie qu'il présente et qui forme un bourrelet au centre duquel est une dépression qui donne au toucher des sensations diverses dont il va être bientôt question. On cherche à apprécier alors la dureté ou la mollesse du col, son aspect lisse ou pol , la forme des saillies qu'on reconnaît sur les points divers de son étendue; puis on cherche à le circonscrire et à juger ainsi de son volume, de sa longueur, de l'aspect

pédiculé qu'il peut présenter. On recherche les dimensions de l'espèce de sinus que le vagin fait au pourtour et surtout en arrière du museau de tanche. On s'assure, dans le cas d'indurations, de végétations du col, si la maladie ne s'est pas étendue au vagin, si elle ne compromet pas postérieurement le rectum, et antérieurement la vessie et le canal de l'urèthre; on recherche vers le fond du vagin, en arrière, si l'on ne peut pas toucher le corps de l'utérus, ce qui a lieu très facilement alors que le col est dirigé en avant. On s'assure si l'utérus n'est pas incliné en sens inverse, et dans ce cas on ne trouve pas le col de la matrice en arrière, mais bien en avant. On s'assure bien par le toucher que le col est senti et qu'il ne s'agit pas d'une saillie formée par quelque tumeur sortant à travers l'orifice utérin. Si l'on éprouve trop de difficultés en se servant du doigt d'une seule main qui n'examine bien qu'un des côtés du vagin et du col, on retire ce doigt et on touche avec l'indicateur de la main opposée, qui juge mieux de la disposition des parties du col et du vagin, situées du côté opposé au précédent. Ce précepte a été donné par M. Lisfranc. On explore ensuite en retirant le doigt (ou en introduisant le second doigt si l'on a cru devoir le faire), la partie latérale du vagin qui avait échappé à la première exploration : on en fait autant pour le canal de l'urèthre et pour les points correspondans à son orifice.

2323. Telles sont les précautions que la palpation vaginale exige, et telle est aussi l'une des manières les plus rationnelles de l'exécuter. Il faut du reste se rappeler ici que chaque explorateur peut avoir une méthode qui lui soit propre pour la pratiquer, et que dans beaucoup de cas, un seul

doigt peut être contourné dans le vagin avec assez de liberté et de facilité pour faire juger de la disposition de tous les points de la circonférence du col du vagin.

2324. La palpation ou le toucher de l'utérus par le vagin, donne des notions très étendues et très positives : 1° sur la distance à laquelle le col ou le corps de la matrice sont des parties externes de la génération ; — 2° sur les déviations dont ils sont le siége ; — 3° sur la forme et le volume du col ; — 4° sur les inégalités, les dépressions, les végétations, les tumeurs variées que présente sa surface ; — 5° sur l'état de l'orifice avant que la femme ait eu des enfans, et après qu'elle en a eus. Dans le premier cas, en effet, cette ouverture donne seulement au bout du doigt, comme l'a fait remarquer Chaussier, une sensation semblable à celle que l'on éprouve lorsqu'on touche les deux cartilages qui, en avant, se trouvent à l'extrémité du nez ; dans le second, on sent des surfaces plus ou moins rugueuses et inégales, en rapport avec des déchirures produites par des accouchemens ; — 6° sur les dimensions de l'orifice utérin, où le doigt peut souvent pénétrer ; — 7° sur la dureté, la mollesse du museau de tanche, circonstances du plus haut intérêt dans le diagnostic des affections dont il peut être atteint. Dans l'état normal, en effet, la résistance du col est médiocre, légèrement élastique, égale sur ses divers points, tandis que dans l'état maladif, et surtout carcinomateux, cette partie acquierra parfois une grande dureté ; — 8° La palpation vaginale donne des notions sur l'extension de cette dureté au vagin, au rectum ou à la vessie, cas malheureux, qui éloigne de l'idée de toute opération, et qui ne tarde pas à être sui-

vi des accidens les plus graves du côté du rectum ou de la vessie ; — 9° sur les tumeurs qui peuvent se présenter à l'orifice du col et descendre vers la vulve. Leur diagnostic est fondé le plus souvent sur ce que le doigt, introduit dans le vagin, trouve leur base souvent pédiculée, entourée par le limbe du museau de tanche dilaté pour leur livrer passage ; — 10° sur les rapports de position du corps de l'utérus avec le rectum et avec la vessie, rapports très utiles à connaître et qui expliquent les pesanteurs sur le siége dont sont tourmentées les femmes qui ont le fond de l'utérus incliné en arrière, et les besoins d'uriner, quelquefois si fréquens, lorsque le corps de l'utérus est porté en avant ; — 11° par les changemens survenus dans le col, on peut présumer le commencement d'une grossesse; par sa diminution, son amincissement, le degré de son ouverture, il est possible d'en apprécier approximativement l'époque; — 12° dans le ballottement, que le doigt introduit profondément et jusqu'au corps de l'utérus, fait ressentir, dans les mouvemens que l'on sent exécuter dans cet organe, on a l'un des signes les plus positifs de la présence et de l'existence d'un enfant; — 13° par la formation de la poche des eaux, sa tension, etc., on juge que le travail de l'accouchement a lieu et que la matrice se contracte; par la disposition des surfaces du fœtus, on reconnaît quelles sont les parties qu'il présente, la position qu'il affecte et la manière dont la parturition s'accomplit (toutes ces dernières considérations sont du domaine de l'accoucheur); — 14° Le toucher vaginal donne encore des notions sur la disposition, la forme, la largeur, la profondeur du vagin, sur les saillies normales ou anormales que ce conduit présente; sur

les ulcérations qu'il peut offrir ;—15° il fait reconnaître la consistance ou la mollesse, l'abondance ou la rareté des liquides qui recouvrent le col, et la présence de corps étrangers qui, tels que des caillots, des pessaires, ou tout autre substance, pourraient être engagés dans la gaine vaginale ;—16° la palpation permet encore de juger du degré de sensibilité du museau de tanche, sensibilité qui ordinairement est à peu près nulle, et de celle des diverses parties du vagin, ce qui porte quelquefois à diriger ses recherches vers le point où elle est exagérée et à y découvrir des ulcérations ; — 17° le toucher fait apprécier approximativement la température des parties profondes de la génération, température qui souvent est au-dessus de l'état normal ;—18° il fait apprécier l'état du canal de l'urèthre et de son orifice vaginal, celui de la vessie; dans certains cas, il fait sentir dans celle-ci la présence de calculs (2174), etc. ;—19° il fait trouver dans l'hydropéritonie un abaissement de l'utérus et quelquefois même une tumeur fluctuante au vagin, etc.

2325. Le toucher de l'utérus, par le vagin, est donc un des moyens d'exploration les plus précieux, et l'on ne peut trop se familiariser avec sa pratique qui ne s'apprend pas dans les livres, mais par l'exercice. Aussi les élèves feront-ils bien de se livrer avec un soin extrême à cette méthode d'investigation dans les cours d'accouchement. M. le docteur Maigne s'est surtout attaché, dans ces derniers temps, à rendre l'étude du toucher plus facile et plus complète, et c'est un service qu'il a rendu, soit aux médecins qui doivent connaître les maladies des femmes, soit aux accoucheurs dont l'art repose en partie sur les notions que donne la palpation vaginale.

2326. On peut combiner avec beaucoup d'utilité la palpation hypogastrique de l'utérus avec celle qu'on exécute par le vagin. La main qui est portée sur le bas-ventre déprime celui-ci et rapproche l'utérus des parties externes de la génération. De cette sorte, il arrive souvent qu'en touchant le fond de l'utérus dilaté, avec l'une des mains, tandis que l'index de l'autre main palpe le col, on peut juger, par la distance qui sépare ces parties, du volume auquel l'utérus est parvenu. De cette manière aussi, on facilite l'exploration par le vagin et on juge plus nettement du ballottement ou de la sensation que donne le fœtus, lorsque soulevé par le doigt dans le liquide amniotique, il vient ensuite retomber sur ce doigt. Par le procédé indiqué, il est possible, dans les cas d'hydro-métropathie, de reconnaître la fluctuation.

2327. La palpation de l'utérus par le rectum se fait suivant le procédé dont il a été parlé à l'occasion de cet intestin (1776). C'est en avant des parois de celui-ci qu'on trouve le col et le corps de l'utérus ; elle a plusieurs applications pratiques. Sur les vierges elle est surtout avantageuse. Elle est utile pour apprécier l'augmentation de volume du corps et du col de l'utérus. Par le poids que donnent ces parties, par la largeur de l'espace qu'elles présentent au doigt, il est possible de reconnaître leur hypertrophie. De cette sorte, on peut juger de l'antéversion ou de la rétroversion. Dans les cas où la matrice manque, on s'en assure en combinant sur une femme maigre la palpation par le rectum avec celle de l'hypogastre. Alors en effet si les doigts se rapprochent beaucoup, il y a de fortes raisons de croire que la matrice est au moins atrophiée. Le diagnostic de la grossesse extra-utérine est encore éclairé par ce

mode d'investigation qui est le principal moyen d'exploration, lorsque le vagin est très étroit ou oblitéré.

2328. On peut employer à la fois le toucher du rectum et celui du vagin. Pour cela, tantôt l'un des doigts indicateurs est porté dans l'anus, tandis que l'autre est introduit dans le vagin. Tantôt l'index d'une main pénètre dans le rectum, tandis que le pouce entre dans la gaine vaginale. Par ces procédés on apprécie très bien l'état de la cloison recto-vaginale; on découvre par la distance qui sépare les doigts, les tumeurs qui pourraient y exister.

2329. *Le toucher par le vagin combiné, soit avec le cathétérisme de la vessie*, soit avec *la palpation* rectale ou hypogastrique, donne des documens précieux sur le volume, la forme de l'utérus; il est inutile d'entrer sur ce sujet dans de plus longs détails, parce que les considérations précédentes sont en grande partie applicables à cette méthode d'exploration, résultant de plusieurs procédés réunis.

2330. *Le toucher*, de quelque manière qu'il soit pratiqué, expose à des erreurs et il est loin de toujours donner des notions suffisantes sur l'état de la matrice et de son col. Souvent on se trompe sur la dimension du corps, sur son poids; souvent on ne reconnaît pas certaines lésions superficielles du museau de tanche. Tout ce qui tient au changemens survenu dans la couleur ne peut être connu par l'exploration du doigt. Des caillots volumineux et endurcis peuvent être pris pour des fongosités, etc., etc., mais en réunissant les connaissances fournies par le toucher à celles que donnent les autres moyens d'exploration, on arrive à des résultats diagnostiques très positifs. Il faut surtout bien se garder de prendre pour des productions cancéreuses les saillies et les cicatrices considérables que

forme quelquefois le museau de tanche à la suite des accouchemens laborieux.

2331. *La fluctuation* est quelquefois appréciable dans les maladies de l'utérus ou du vagin alors que des liquides se trouvent renfermés dans des cavités. Par exemple, lorsque l'utérus est pendant la grossesse, distendu par une très grande quantité de liquide amniotique, il arrive par fois que par la méthode périphérique, ou encore à l'aide d'un doigt porté dans le vagin, tandis que l'autre main frappe légèrement le corps de l'utérus, on éprouve la sensation du flot. Les abcès du vagin, des grandes ou des petites lèvres, sont aussi reconnaissables à la fluctuation qu'ils présentent.

2332. *La percussion plessimétrique* de l'utérus se pratique précisément de la même manière que celle de la vessie : nous ne répéterons pas ici ce qui a été déjà dit précédemment (2201). Remarquons seulement les particularités suivantes :

2333. Avant de procéder à l'exploration de l'utérus par la percussion, il faut avoir *le soin de faire uriner la femme, de vider le rectum par un lavement ou, au besoin, par des purgatifs*. Il est même parfois utile de faire comprimer les intestins par les mains de quelques aides, pour faire descendre dans le bassin ces viscères remplis de fluides élastiques. C'est un moyen de rendre plus manifestes les résultats que la percussion de l'utérus peut fournir.

2334. Dans l'état normal, et lorsque la vessie, la matrice et le rectum sont vides, pour peu aussi qu'il y ait des gaz dans les intestins, le bassin, soit en avant, soit en arrière, soit au niveau des trous sous-pubiens, donne lieu à une sonoréité assez marquée. Celle-ci est due à la proximité des fluides élastiques contenus dans les portions du tube

digestif correspondantes. Lorsque l'utérus est distendu, la plessimétrie de ces mêmes régions fournit une matité plus ou moins marquée, et nous allons voir bientôt que l'on peut tirer quelque parti de ce fait. Ainsi, lorsqu'on veut acquérir par la percussion des notions sur l'état de l'utérus, il est bon non-seulement de percuter l'hypogastre comme s'il s'agissait de la vessie, mais encore le pubis, les portions du bassin, situées latéralement et inférieurement à lui, et celles aussi qui correspondent postérieurement à l'os des îles et au sacrum.

2335. Pour bien percuter la matrice, il faut explorer attentivement et successivement, avec la percussion superficielle et profonde, tous les points de l'organe qui peuvent faire saillie au-dessus du pubis. Il faut chercher à apprécier, en y apportant un soin extrême, les différences de dureté ou de mollesse, de résistance ou d'élasticité qu'offrent les divers points de l'organe distendu, bien entendu que si la matrice est sensible, on y mettra une prudence infinie, qu'on percutera même avec légèreté, bien qu'en employant la force nécessaire, soit pour obtenir du son, soit pour reconnaître le degré de densité de la tumeur.

2336. Dans quelques cas il faut, à l'aide de la plessimétrie (et surtout dans les premiers temps d'une grossesse que l'on cherche à constater), aller chercher l'utérus jusque dans la profondeur du bassin. Pour cela, on déprime le bas-ventre avec le plessimètre, comme il a été dit pour la vessie, et on le fait doucement, lentement, et sans percuter, jusqu'à ce que l'instrument soit porté le plus bas possible. De cette manière, on peut quelquefois arriver à plus d'un pouce au dessous du re-

bord supérieur du petit bassin. C'est lorsqu'on a pénétré aussi profondément qu'on l'a jugé convenable, que l'on commence à percuter, et il suffit le plus souvent d'un seul coup de doigt pour apprendre si des intestins remplis de gaz ou un corps solide, tel que l'utérus, sont situés sur le point qu'on explore.

2337. Les résultats de la percussion plessimétrique de la matrice sont les suivans :

2338. 1° Lorsque l'utérus est vide, peu volumineux, profondément plongé dans l'excavation du bassin, lorsque la cavité de celui-ci est spacieuse, la percussion sur le plessimètre, à quelque profondeur que celui-ci soit porté, ne trouve pas la matité en rapport avec la présence de la matrice. A moins que la vessie soit pleine d'urine, que les intestins ne contiennent des matières, ou ne soient vides même de gaz, à moins encore de l'existence de tumeurs dans le bassin, etc., on trouve alors dans celui-ci un son tympanique dû à la présence des fluides élastiques contenus dans le tube digestif.

2339. 2° Si, dans les circonstances précédentes, on introduit un doigt dans le vagin, si l'on relève le col utérin et par conséquent le corps, tandis qu'on fait percuter le plessimètre que l'on tient profondément appliqué avec l'autre main dans le bassin, on peut rapprocher l'organe de l'instrument, et obtenir alors de la matité. Par ce moyen, on juge assez bien de la distance qui sépare, d'une part, le doigt introduit dans les parties génitales, et de l'autre le plessimètre. On a ainsi une mesure approximative du volume du corps de l'utérus.

2340. 3° Lorsque l'organe est augmenté de vo-

lume, même à un faible degré, surtout lorsque le bassin est petit, peu profond, on trouve par la percussion sur le plessimètre, profondément porté dans le bassin, un son obscur en rapport avec la matrice. Ceci a lieu dans les cas de grossesse commençante, de tumeur utérine produite par une cause quelconque, etc.

3341. Dans le premier mois de la grossesse, la distension de la matrice est trop peu considérable pour qu'on puisse trouver dans le bassin, et par la percussion du pubis (alors que la vessie est vide), une matité que l'on puisse rapporter à cette circonstance organique. Vers la fin du deuxième mois, quelquefois même plutôt, j'ai observé, après avoir vidé le réservoir de l'urine, que la région pubienne donnait un son moins clair que cela n'aurait eu lieu d'ordinaire sur des femmes dont le bassin aurait eu les mêmes dimensions. Alors aussi, lorsque l'on portait très profondément le plessimètre, on trouvait une matité plus marquée que cela ne s'observe lorsque la matrice est vide. Dans le courant du troisième mois, ces caractères de percussion sont de plus en plus marqués. Vers quatre-vingt jours, la dépression médiate des parois abdominales et des viscères avec la plaque d'ivoire, fait trouver un son propre à la matrice, presque au niveau du détroit supérieur. Au troisième mois, celui-ci est dépassé par la matité. A mesure que l'utérus distendu s'élève dans les mois suivans, on le retrouve, par la percussion, vers un point plus voisin de l'ombilic. Des viscères se placent alors entre cet organe et les parois par en haut, ce qui exige encore leur dépression à l'aide du plessimètre; mais on trouve inférieurement que la matrice touche à ces parois, et

qu'il n'est plus utile sur ce point de déprimer pour obtenir le son mat propre à l'utérus dilaté. Quelque volume que prenne celui-ci, il y a toujours une portion de son étendue située vers la circonférence qui est recouverte par les anses intestinales, par l'estomac, etc. Cela vient de la forme sphérique que présente la matrice, qui permet aux viscères de se placer entre ses parties latérales ou supérieures et les parois de l'abdomen. Cette disposition fait que, sur la circonférence de la tumeur, on trouve de la sonoréité par la percussion superficielle, tandis que vers les parties centrales le son est très mat. D'après l'étendue où cette obscurité de son est trouvée, on juge très bien de celle que la matrice occupe dans l'abdomen, et par conséquent du développement de celle-ci.

2342. Les divers points de l'utérus, dans le cas de grossesse à terme, et tant qu'il ne se contracte pas et qu'il n'est pas démesurément distendu, ne donnent pas toujours au doigt le même degré de matité et de résistance. Cela est dû aux diverses régions du fœtus qui correspondent aux parties percutées. Dans un cas de grossesse à terme, où les parois de la matrice étaient molles et non contractées, j'ai pu reconnaître, à l'extérieur, la position de l'enfant. La matrice étant bien circonscrite avec le plessimètre, je trouvai à droite, près du sommet de l'organe, dans la largeur de trois pouces, un son très sec et semblable à celui d'un os. Ailleurs le bruit était mat, mais bien différent du précédent. Une sage-femme termina cet accouchement : l'enfant présentait les pieds, et la tête avait manifestement correspondu au point où j'avais trouvé, à l'extérieur, un son mat et ostéal. Les intestins de l'enfant renfermé dans l'u-

térus contiennent des gaz ; dès-lors il sera possible de reconnaître, dans certains cas, si le ventre du fœtus correspond à la paroi antérieure des parois utérines.

2343. Toute cause autre que la grossesse qui déterminera l'accroissement de volume de l'utérus, sans y produire l'accumulation de gaz, donnera lieu à des caractères de percussion à peu près analogues à ceux qui viennent d'être signalés. Les qualités de son qui correspondent à la densité des divers organes du fœtus en rapport avec l'utérus, pourraient, il est vrai, établir des différences; mais il arrive fréquemment que loin d'être constituées de la même façon sur les points divers de leur étendue, les tumeurs utérines, autres que celles produites par la grossesse, sont formées par des parties très différentes en consistance. De là vient que de tels caractères de percussion ne peu-distinguer entre eux les cas de gestation, de ceux où il s'agit de lésions pathologiques de l'utérus. D'ailleurs, dans la très grande majorité des faits, la plessimétrie de la matrice donne une matité égale sur les points divers de son étendue.

2344. Voici encore quelques résultats de la percussion de l'utérus dans les affections de cet organe. — « Dans un cas de perte utérine interne après l'accouchement, M. Hureau trouva que la matrice donnait lieu à un son mat, et cela dans une grande étendue de l'abdomen. Quand il s'écoulait du sang (et alors la matrice se contractait), la matité prenait une sécheresse marquée. Elle participait, en un mot, du caractère ostéal. Quand la perte externe cessait (et dans ce cas l'utérus était dans le relâchement), le son jécoral se faisait entendre. Un muscle contracté qu'on percute mé-

diatement, donne en effet un son plus sec que s'il n'est pas en action. M. Magendie avait déjà remarqué que, pendant la contraction, les fibres musculaires sont susceptibles de vibrations sonores. »

2345. Dans un très grand nombre de carcinômes utérins, observés à la Salpêtrière, où j'ai été, à mon très grand regret, chargé, pendant plusieurs années, du service des malheureuses cancérées, j'ai trouvé pendant la vie, et à l'aide de la percussion, la matrice notablement augmentée de volume. Tantôt le corps semblait avoir acquis un développement comme à deux mois et demi, quelquefois comme à trois ou à quatre mois. Souvent, ce grand accroissement de dimension précédait des hémorrhagies abondantes, et alors le sang qui s'écoulait était foncé en couleur et en partie coagulé. Evidemment, il avait séjourné dans la matrice d'où il venait de sortir; car la percussion utérine, pratiquée ensuite, ne trouvait plus cette même matité qui, précédemment, avait été observée. D'autres fois, au contraire, la tumeur ne variait en rien de volume. Les pertes étaient alors peu abondantes; la matrice donnait à la percussion une dureté marquée, et il semblait évident, comme le prouvait ensuite la nécroscopie, que le corps de l'utérus était induré, hypertrophié et que ce n'étaient point des liquides qui donnaient lieu à l'obscurité de son observée dans le petit bassin. Du reste, il faut le dire, il était souvent fort difficile de distinguer par les caractères plessimétriques, si la tumeur observée dépendait de l'utérus, de ses annexes, ou des parties qui leur étaient contiguës.

2346. S'il existe une véritable aérométrectasie (tympanite de la matrice), il est certain qu'un son

très clair et une élasticité très marquée au doigt seront obtenus sur les points de l'abdomen et du bassin où correspondra l'utérus dilaté. Autour de cet espace, on entendra des nuances variées de son intestinal; s'il y avait en même temps de l'air et des liquides dans la matrice, on pourrait reconnaître le déplacement du fluide qui correspondrait aux variations de position du sujet. Le niveau sera encore plus manifeste et plus facile à obtenir, dans ce cas, que cela n'a lieu dans les épanchemens péritonéaux de liquides et de gaz. Ce déplacement, ce niveau n'auraient jamais lieu ici que dans une étendue et dans une région correspondantes à celles de l'organe utérin. Du reste, il faut avouer que l'aérométrectasie est fort rare. Pour moi, je ne l'ai jamais observée. Sans en nier l'existence, il me semble probable qu'on a pris souvent pour cette affection des cas d'aéro-entérectasie, si fréquens alors que l'utérus est malade. Quant à la collection simultanée de liquides et de fluides élastiques dans la matrice, elle doit avoir lieu dans plus d'un cas où des cavités anormales se sont formées dans le tissu induré et hypertrophié de cet organe, et lorsque ces cavités sont en communication avec l'air; peut-être encore a-t-elle quelquefois lieu immédiatement après l'accouchement lorsque l'utérus dilaté a perdu son ressort.

2347. Dans les affections de l'utérus, ou dans l'hypermétrotrophie, la plessimétrie fait reconnaître avec une grande précision les rapports qu'ont avec l'organe malade les viscères abdominaux. C'est ainsi qu'elle permet de constater la proximité à laquelle l'utérus se trouve du foie, de la rate ou de l'estomac. Elle fait distinguer la coexistence de l'hydropéritonie (ascite) et de la dis-

tension de la matrice. C'est ainsi que dans un fait qui m'est commun avec le docteur Hureau, une accumulation considérable de liquide existait dans la cavité du péritoine en même temps qu'il y avait une grossesse très avancée, et la percussion médiate, fournissant les signes des deux états organiques, éclaira puissamment le diagnostic; la collection séreuse se dissipa à la suite de l'accouchement.

2348. Mais dans une foule de circonstances, la plessimétrie donne des documens précieux lorsqu'il s'agit d'établir le diagnostic de la grossesse. Que de fois n'est-il pas arrivé que des hommes instruits aient cru, pendant plusieurs mois, à l'existence d'affections gastro-intestinales, lorsqu'au neuvième mois, un accouchement leur apprit combien leur erreur avait été grande. Ils avaient négligé le toucher vaginal, ou l'avaient exécuté avec peu de soin; ils s'étaient bornés à la simple palpation de l'abdomen, et celle-ci les avait trompés. S'ils eussent percuté le bas-ventre, ils auraient reconnu qu'un corps solide et à forme sphérique s'y trouvait placé, et ils n'auraient pas commis une aussi grossière méprise. Que de fois n'est-il pas arrivé à la Clinique, que des femmes assuraient n'être pas enceintes, et que la percussion de l'hypogastre conduisait à découvrir le mensonge! Combien d'autres pensaient-elles être arrivées à une époque avancée de la grossesse, tandis que la plessimétrie, en trouvant profondément de l'élasticité et de la sonoréité dans le bassin, détruisait leurs espérances ou leurs craintes. Sans inquiéter la femme, sans lui proposer de la toucher, et en se bornant à percuter l'abdomen, même à travers les vêtemens (ce qu'aucune d'entre elle ne refuse),

on peut découvrir une gestation qu'on voudrait cacher, ou prouver qu'une grossesse simulée n'est pas réelle.

2349. Ainsi, la plessimétrie est tout aussi utile à l'accoucheur qu'au chirurgien et au médecin, et l'on conçoit difficilement comment il s'est fait que personne n'ait encore traité, *ex professo*, des applications de la percussion médiate au diagnostic de la grossesse. Ce n'est cependant pas que je n'aie souvent invité ceux qui se livrent à la pratique des accouchemens, de suivre de tels travaux; mais les choses qui ne sont pas dans l'usage banal, trouvent toujours de l'opposition, ou, ce qui est pis, une incurie qui conduit à l'oubli ou à l'inertie. Ce n'est pas ainsi que MM. de Kergaradec et Paul Dubois en ont usé lorsqu'il s'est agi de tirer parti de l'auscultation médiate pour le diagnostic de l'état de gestation. Maintenant que la plessimétrie est passée dans la science et est devenue vulgaire, il y a tout lieu de croire que l'on se livrera sur ce sujet à des recherches fructueuses, et je me ferais un plaisir de guider ceux qui voudraient les faire dans leurs premières tentatives sur le manuel de la percussion médiate.

2350. *L'auscultation*, appliquée au diagnostic des états organiques variés que l'utérus ou le produit de la conception peut présenter, a donné des résultats du plus haut intérêt. C'est à M. Lejumeau de Kergaradec, disciple et ami de Laennec, que la science est redevable de cette importante découverte, sur laquelle M. Paul Dubois a lu à l'Académie, des recherches du plus haut intérêt, et que M. Bouillaud a aussi étudiées avec beaucoup de soin.

2351. C'est dans le quatrième ou le cinquième

mois de la grossesse, que l'on peut seulement entendre par l'auscultation, pratiquée sur l'abdomen de la femme, deux bruits manifestes.

2352. L'un de ces bruits est double et est manifestement le résultat du mouvement du cœur du fœtus. Sa force est en général d'autant plus grande, que l'enfant est plus avancé en âge. On peut le comparer aux sons que font entendre les battemens du cœur d'un animal d'un petit volume (Bouillaud). Les observateurs ne sont pas d'accord sur le nombre des battemens du cœur par minute, aux diverses époques de la vie fœtale. M. Paul Dubois n'en a entendu que 140 ou 150 dans cette période, tandis que M. Bouillaud en a compté jusqu'à 170, et M. Gautier de Claubry, 163, 164, 165, dans le même temps. Suivant le premier de ces observateurs, le nombre des bruits produits par les battemens du cœur, avant l'accouchement, ne varierait pas ou varierait peu d'un mois à l'autre; tandis que, suivant le second, ces bruits seraient pour le nombre en raison inverse de l'âge.

2353. On a entendu les battemens du cœur du fœtus sur tous les points de l'abdomen où l'utérus se trouve placé pendant la gestation. Ils se trouvent ordinairement d'une manière plus manifeste d'un côté que de l'autre, et c'est vers l'ombilic qu'on les distingue le mieux. Passé le cinquième mois, on entend les bruits du cœur du fœtus d'une manière très constante.

2354. On ne sait pas encore quels seraient les bruits que donnerait le cœur du fœtus à l'état pathologique. Il est probable qu'ils ressembleraient à ceux qu'on observe dans les mêmes cas sur l'adulte. Très souvent, M. Paul Dubois a observé

qu'ils se rapprochaient du bruit de souffle. Il est porté à attribuer ce bruit au mélange des deux colonnes de sang de l'artère pulmonaire et de l'aorte, et non pas au passage de ce sang à travers le trou botal. Il se fonde, dans cette opinion, sur ce que « ce liquide ne passe d'une oreillette dans l'autre, que pendant l'absence des contractions des parois de ces cavités. »

2355. Le second bruit que l'on entend lorsqu'on ausculte une femme enceinte, est *simple, unique.* M. de Kergaradec, d'après l'idée qu'il se formait de sa production, lui a donné le nom de placentaire. Il s'entend aussi du quatrième au cinquième mois de la grossesse jusqu'au terme de la gestation. Il est isochrône aux battemens du pouls de la mère, et ressemble exactement au bruit de souffle qu'on trouve dans les grosses artères comprimées et dont nous avons parlé ailleurs. C'est principalement, suivant M. Bouillaud, vers les parties latérales de l'abdomen, vers les flancs qu'il se fait entendre à son maximum d'intensité. On le trouve ordinairement d'une manière plus prononcée sur l'un des côtés que sur l'autre, et notamment sur le côté aussi qui est opposé à celui où l'on rencontre les battemens du cœur du fœtus.

2356. Le bruit double entendu sur l'utérus distendu par le produit de la conception, est évidemment dû aux battemens du cœur du fœtus. Il résulte, sans doute, de circonstances semblables à celles qui lui donnent lieu sur l'adulte (278 et suiv.). L'explication du bruit simple n'est pas aussi facile à donner : les uns le rapportent au placenta. Tel est l'auteur premier de ces recherches, M. de Kergaradec; tel est M. Dubois qui donne à ce même bruit le nom de souffle utérin. D'un autre côté,

Laennec et M. Bouillaud le rapportent aux battemens artériels ; mais il y a cette différence entre ces deux observateurs, que le premier l'attribue au principal vaisseau artériel qui apporte le sang au placenta (vaisseau que l'anatomie ne fait pas connaître); tandis que le second le croit produit par les gros troncs artériels comprimés par l'utérus distendu. — Si cette dernière opinion était fondée, pourquoi se ferait-il qu'on n'entende le bruit simple que du quatrième au cinquième mois (bien avant les artères hypogastriques peuvent, en effet, être comprimées)? Pourquoi entendrait-on plus manifestement le bruit simple de ce côté, et surtout de celui opposé au cœur du fœtus ? Pourquoi ne le produirait-on pas à volonté en faisant appuyer l'utérus par les mains d'un aide, sur les grosses artères du bassin ? Pourquoi, en faisant placer la femme alternativement des deux côtés, ne change-t-on pas d'ordinaire le lieu où le bruit de souffle se fait entendre (M. Bouillaud est le seul qui cite un cas où cela ait été observé)? La question relative à la cause anatomique du bruit simple, du souffle placentaire, utérin, observé pendant la grossesse, n'est pas encore résolue ; il y a de nouvelles recherches à faire sur ce sujet, et personne n'est mieux, que M. Paul Dubois, dans les conditions de position et de talent nécessaires pour l'étudier. L'auscultation pratiquée sur le col même de l'utérus, à l'aide d'un stéthoscope approprié, pourrait ici avoir de très grands avantages ; car, dans les cas où le placenta correspondrait au col utérin, il serait possible de savoir si, sur ce point, le bruit dont il s'agit est plus fort qu'ailleurs. On ne pourrait, s'il en était ainsi, l'attribuer aux artères du bassin. Il serait encore

possible, lorsque le fœtus est sorti de l'utérus, que le cordon n'est pas coupé, et que le vide qui résulte de l'accouchement fait que les artères voisines de l'utérus ne sont plus comprimées, il serait encore possible, dis-je, de rechercher si le placenta donnerait encore lieu au bruit de souffle. Ces procédés d'exploration me paraissent très propres à juger complétement la question.

2357. Quoi qu'il en soit des théories, il est certain que la présence du double bruit du cœur, dans le cas de tumeur utérine, est un signe pathognomonique de grossesse; qu'il indique de plus que l'enfant est vivant. On trouve dans l'ouvrage de M. Bouillaud, sur les maladies du cœur, une observation des plus intéressantes dans laquelle un enfant de 7 mois, qui naissait dans un état apparent de mort, revint à la vie sous l'influence des bons soins qu'on lui donna, et on n'avait autant insisté sur ceux-ci que parce qu'on avait trouvé, quelques momens avant l'accouchement, les battemens du cœur du fœtus. Si, sur deux ou plusieurs points d'une tumeur utérine, on trouvait des bruits doubles du cœur du fœtus, très distincts les uns des autres, on pourrait, comme le dit Laennec, reconnaître ainsi une grossesse multiple.

2358. Le second bruit n'est pas d'une aussi grande importance diagnostique que le premier. Il est des cas de grossesse où il est très faible, et d'autres où l'on ne parvient pas à le rencontrer.— On a trouvé parfois un bruit presque semblable dans des tumeurs formées par des tissus anormaux, et notamment dans des lésions organiques des ovaires ou de l'utérus. Un cas semblable dans lequel on pratiqua l'opération césarienne par le

vagin, est consigné dans *la Lancette française* (n° du 8 mai 1834). L'épouse d'un des premiers praticiens de Paris a long-temps présenté, dans l'hypogastre, un bruit analogue à celui du souffle placentaire, bien qu'il n'existât pas de grossesse. Il en est de ce bruit de souffle observé dans ces cas comme de celui du cœur, il peut être produit dans des circonstances variées qu'il est souvent impossible de déterminer.

2359. *La mensuration* de l'utérus peut se pratiquer sur divers points de l'étendue de cet organe et par des procédés variés. On apprécie les dimensions du corps : 1° par la palpation hypogastrique, par le toucher pratiqué simultanément par le vagin et par la région sus-pubienne, ou encore à l'aide d'un doigt introduit dans le rectum, et d'une main placée sur la portion utérine de l'abdomen; 2° à l'aide de la percussion qui, pratiquée sur le pubis ou au-dessus du pubis, fait reconnaître quelles sont, en hauteur et en largeur, les proportions de volume de la matrice; 3° par le toucher du vagin combiné avec la percussion (2339); 4° par le cathétérisme de la vessie, combiné avec le toucher du vagin ou du rectum. La distance qui sépare alors la sonde et le doigt donne, en effet, quelques notions, mais approximatives, sur le volume de l'utérus; 5° par un compas d'épaisseur particulier qui, très mousse, à l'extrêmité de l'une de ses branches introduite par le vagin sur le corps de la matrice, aurait son autre branche portée sur les points de l'abdomen, où la palpation et la percussion feraient trouver l'utérus. La mesure transversale du col peut être obtenue : 1° par le toucher, et c'est le procédé dont on se sert le plus anciennement, et encore le plus habituellement;

2° par l'inspection à l'aide du spéculum, et ce moyen d'exploration offre beaucoup d'avantage; 3° par un compas à pointes mousses qui, porté sur deux points opposés du col utérin, permet de reconnaître, d'une manière exacte, son diamètre transversal. La hauteur du col ne peut guère être donnée dans la majorité des cas, que par le toucher vaginal, qui permet d'apprécier jusqu'à quelle profondeur le doigt peut être porté au-dessus du niveau de la surface du col de la matrice. Peut-être pourrait-on avoir ici, pour apprécier la hauteur du col, un procédé plus exact. Il serait possible, en effet, de se servir d'une tige arrondie par son extrêmité, et qui porterait un curseur mobile dans une partie de son étendue. Celui-ci aurait un support qui indiquerait sur la tige la distance à laquelle ce curseur serait de l'extrêmité de l'instrument. On porterait, sur le doigt, cette extrêmité vers le point de l'utérus où le col est implanté; on appliquerait ensuite le curseur sur la surface du col, et on aurait alors, au dehors, une mesure exacte indiquée, sur la tige, par le support du curseur.

2360. Il n'est pas besoin de faire sentir combien il est utile d'apprécier, d'une manière aussi positive que possible, l'utilité des diverses mesures que l'on peut prendre du corps et du col utérin. Ce qui a été dit précédemment, et les considérations qui vont suivre sur les signes physiologiques et le diagnostic des maladies de l'utérus, nous dispense d'y insister dans ce paragraphe.

2361. L'*examen des liquides* formés par l'utérus et le vagin est d'une haute importance, et peut se faire par l'inspection directe de ces liquides excrétés hors la vulve, et en contact avec le vagin,

ou à l'aide de l'inspection avec le spéculum. Il est souvent utile de recueillir les liquides que celui-ci permet de voir, et de les étudier ensuite.

2362. Le vagin, dans l'état complétement normal, ne donne guère lieu qu'à une sécrétion de mucosités très peu abondantes, transparentes, et qui lubréfient seulement ses parois en contact pour en favoriser les glissemens. Sur un nombre considérable de femmes, que l'on ne peut cependant pas considérer comme malades, le liquide muqueux est en proportions plus grandes, il sort en notable quantité de la vulve; il a perdu en partie sa limpidité; il offre une apparence blanchâtre, caséuse, jaunâtre même et un peu opaque, et cependant il n'y a pas toujours, même dans ce dernier cas, de signes concomitans de maladie.

2363. L'utérus, dans l'état sain, secrète des mucosités assez semblables à de l'albumine extrêmement épaisse, transparentes, très consistantes, très adhérentes au col, et qu'il est assez difficile de séparer en diverses parties. On voit très bien ces mucosités à l'aide du spéculum et il est plus difficile de les enlever du pourtour de l'orifice utérin que d'y découvrir leur présence. Elles y forment une couche assez épaisse. Evidemment c'est là un moyen employé par la nature pour protéger le col contre le contact des corps qui pourraient le heurter avec trop de force, et pour oblitérer aussi la cavité de la matrice. Ces mucosités perdent quelquefois, dans un état presque normal encore, une partie de leur transparence; mais en général, quand l'utérus est sain, et hors l'époque des règles ou de la grossesse, elles ne sont pas notablement altérées sous le rapport de leur consistance ou de leur coloration. Il est des

femmes qui rendent de loin en loin une quantité assez considérable de ces matières épaisses.

2364. Tous les vingt-sept ou vingt-huit jours, sur la majorité des femmes, plus souvent, ou moins fréquemment sur quelques autres, s'établit une hémométrorrhagie normale, qui dure d'un à sept ou huit jours. C'est la menstruation, et le sang qui s'écoule varie en rougeur, en aspect, en épaisseur, en quantité, etc., suivant une infinité de circonstances. Nous reviendrons bientôt sur cet important sujet.

2365. Dans l'état normal, les liquides sécrétés par le vagin et l'utérus, peuvent présenter une foule de modifications. Sous le rapport de leur quantité, il arrive que les mucosités augmentent dans des proportions considérables, et telles que cette évacuation affaiblisse beaucoup les personnes qui l'éprouvent. Relativement à leur coloration, elles sont souvent troubles, blanchâtres, d'apparence caséuse, crémeuses, jaunâtres, jaune-verdâtre, sanguinolentes, sanglantes, roussâtres, brunâtres, noirâtres, etc. Quant à leur densité, elle varie depuis celle de l'eau jusqu'à la consistance de caillots indurés ou de lymphe plastique coagulée en fausses membranes. Parfois on observe que ces productions, plus solides et variables en grosseur, sont contenues dans des liquides plus ou moins voisins du degré de fluidité de l'eau. Relativement à leur odeur, il en est d'inodores, d'une odeur fade, souvent analogue à celle du sang, et d'autres fois leur fétidité est extrême, ammoniacale, stercorale, etc.

2366. Ces variations extrêmes dans les propriétés physiques des liquides formés par les organes génitaux de la femme sont à coup sûr fréquem-

ment en rapport avec des altérations organiques soit du vagin, soit de l'utérus ; mais on est loin de pouvoir spécifier dans tous les cas à quelle espèce de lésion de ces parties correspond exactement tel caractère des écoulemens observés. On n'a souvent sur ce sujet que des données approximatives.

2367. Les mucosités très visqueuses, très filantes, difficilement séparables, viennent ordinairement de l'utérus, comme on peut souvent s'en assurer par l'inspection à l'aide du spéculum. — Les liquides, moins consistans, plus dysgrégés, d'apparence crêmeuse ou puriforme, prennent le plus habituellement leur source dans le vagin. — Très souvent, les mucosités troubles, opaques, sont en rapport avec un état de rougeur plus ou moins prononcé des parties qui les forment, et il arrive quelquefois aussi que la sensibité des parties est aussi exagérée; en un mot, qu'il y ait là des phénomènes phlegmasiques. — Presque toujours, les mucosités puriformes ( muco-pus de quelques auteurs ) proviennent de parties véritablement enflammées. — Lorsque l'aspect purulent est très prononcé, il est presque constant que le vagin soit rouge, et si le liquide est très glutineux, qu'il y ait une vive coloration de l'orifice du col utérin, ou des granulations rouges à la surface de celui-ci, et en même temps co-existence des symptômes fonctionnels de vaginite ou de métrite. — Les propriétés physiques que la simple vue peut constater, ne permettent point de distinguer les écoulemens contagieux de ceux qui ne le sont pas. — D'ordinaire, les liquides les plus voisins des caractères du pus, sont aussi ceux qui communiquent le plus souvent la maladie dont ils sont le symptôme. —

Toutefois, on voit des écoulemens légèrement troubles donner lieu à la transmission de la maladie d'un individu à un autre.

2368. Hors l'époque de l'hémo-métrorrhagie normale (menstruation) du sang contenu par strie dans les mucosités puriformes, dénote souvent que des vaisseaux sont intéressés et que parfois existent des ulcérations ou des déchirures. — Le sang, rendu pur et abondamment vient presque toujours de l'utérus. — Lorsqu'il contient des caillots plus ou moins solides, le sang a séjourné dans l'utérus ou le vagin. — Si ces caillots sont noirs et consistans ou fibrineux, ils ont long-temps resté dans la cavité de ces parties. — Tout caillot rendu par l'utérus, dans le cas où il est raisonnable de supposer l'existence d'une grossesse récente, doit être examiné attentivement pour chercher à constater si un embryon ne se trouverait pas dans quelqu'un d'entre eux. — Celui-ci est reconnaissable dès les premières semaines de la conception, (Voy. le *Traité de Tokologie* de M. Velpeau, pour les caractères de l'embryon et de l'œuf). —Quand il y a sur une jeune femme, et même sur une femme non mariée une perte abondante, et surtout lorsque aucun coup n'a été porté, qu'aucune chûte n'a été faite, etc., il faut songer à une fausse couche possible.—On ne doit y croire, quel que soit l'état du col ou du corps utérin, qu'autant qu'on trouve le produit de la conception ou que les circonstances commémoratives ou bien des aveux rendent le fait évident.— Des écoulemens de sang abondans par la vulve, vers l'âge de 40 à 45 ans, sur les femmes, annoncent que l'âge de retour approche.—Quand une femme, qui n'est plus réglée, voit apparaître un écoulement sanguin et

des caillots par l'utérus, il faut craindre qu'elle ne soit atteinte de carcinômes utérins ou d'autres lésions organiques de la matrice. — Des pertes fréquentes sur des femmes encore réglées, sont souvent en rapport avec des lésions très sérieuses de l'utérus, etc.

2369. Lorsque les liquides sortis du col de l'utérus ou du vagin sont roussâtres, troubles, sanguinolens, il faut craindre des ulcérations de la matrice. — Lorsqu'ils sont fétides, c'est une preuve qu'ils ont séjourné dans les parties où ils ont été formés et qu'ils y ont été en contact avec l'air. — Si cette fétidité est très grande, le plus souvent c'est que la matrice présente des anfractuosités remarquables; c'est que les liquides y stagnent, que l'utérus ne se resserre pas sur eux; que parconséquent l'air pénètre dans ces anfractuosités, et que de là résulte une putréfaction plus ou moins complète du fluide accumulé. — Ce n'est pas parce qu'un cancer existe que les liquides répandent une odeur détestable (des cancers extérieurs, tenus proprement, n'en donnent qu'autant que le pus séjourne dans ces cavités), mais c'est bien à cause de l'altération que ces substances animales éprouvent dans un lieu chaud et humide, par suite du contact de l'air atmosphérique. On fait souvent dissiper de telles odeurs par des injections répétées. — Une odeur ammoniacale et unie à la fétidité, indique souvent le mélange de l'urine avec les liquides utérins, et parfois une perforation de la vessie. — Une odeur stercorale de ces mêmes liquides est souvent l'indice d'une perforation du rectum. — Il arrive parfois, dans des cas pareils, que l'on reconnaît des fécès et de l'urine dans les parties génitales de la femme.

— Des écoulemens extrêmement abondans par la vulve, sur les cancérées, surtout lorsqu'ils sont fétides, précèdent souvent une mort prochaine, etc.

2370. L'examen des taches que les liquides sortis du vagin peuvent produire sur le linge, mérite beaucoup moins d'attention que celui plus direct des fluides vaginaux eux-mêmes. Il ne peut avoir de l'importance que s'il n'est pas possible d'explorer directement ceux-ci. — C'est plutôt la partie des vêtemens, qui correspond au siége, sur laquelle se voient ces taches, que celles qui touchent en avant aux parties génitales. — Du reste, les indications diagnostiques que donnent les maculatures dues aux fluides desséchés, sont du même genre que celles qui dérivent de l'examen des liquides eux-mêmes ou des taches explorées à la suite des écoulemens de l'homme.

2371. *L'examen microscopique* des liquides vagino-utérins, a fourni tout récemment, à M. Donné, des renseignemens du plus haut intérêt pour le diagnostic (1).

2372. « Le liquide muqueux fourni par le vagin, soumis à l'inspection microscopique, paraît, dans l'état normal, entièrement composé, non pas de globules muqueux comme beaucoup d'autres produits des muqueuses, mais de petits corps ovalaires, quatre à cinq fois plus gros que ceux-ci; ils ont de quatre à cinq centièmes de millimètre dans leur grand diamêtre; ils présentent l'aspect de pellicules, de petites écailles détachées de la membrane vaginale; peut-être ne sont-ils, en effet, que les débris de la désorganisation normale et quotidienne de l'épithélium, comme le dit M. Ras-

(1) Recherches microscopiques sur la nature du mucus. Paris, 1837.

pail. Chaque petite écaille semble percée à son centre d'un trou qui pourrait correspondre à l'orifice des follicules. Lewenhoëck parle de ce mucus dans l'une de ses lettres. Ce liquide, dans les circonstances physiologiques, ne contient jamais d'animalcules. »

2373. « Le mucus utérin, à l'état normal, sou mis au microscope, ne présente absolument qu'une substance homogène, sans aucune apparence de globules dans son intérieur. » Cette différence entre l'apparence des liquides vaginal et utérin, porte M. Donné à admettre que les divers mucus sont loin d'être des substances identiques dans les diverses parties de l'organisme.

2374. « Dans l'urèthrite de la femme ou de l'homme, les liquides formés, examinés au microscope, sont composés de globules de la même forme et de la même grosseur que ceux des autres espèces de pus (page 3).

2375. « Lorsque la matière des écoulemens vaginaux est mélangée de pus, celui-ci se reconnaît à ses globules particuliers, nageant dans le liquide, en même temps que les pellicules. (page 20).

2376. « Lorsque le mucus utérin est opaque, soit partiellement, soit en général, s'il arrive qu'on l'observe au microscope, on le trouve rempli d'une multitude de globules muqueux ordinaires, qui ont beaucoup de ressemblance avec ceux du pus; les globules correspondent toujours aux points opaques que l'on trouve dans le mucus. Le muco-pus du col utérin, paraît composé de globules qu'il est impossible de distinguer de ceux du pus; ils sont seulement liés entr'eux, et comme emprisonnés dans une matière visqueuse qui en fait une masse filante et tenace. (p. 44).

2377. « Le pus fourni par les chancres, quel que soit leur siège, offre généralement des globules moins nets et moins réguliers dans leurs formes que le pus phlegmoneux ordinaire, et surtout le liquide dans lequel ils nagent, contient des parcelles étrangères, comme si un certain nombre de globules s'étaient dissous, et que leurs débris se fussent répandus dans le liquide. (page 4). Dans les chancres situés sur les parties génitales de l'homme, ou à la vulve sur la femme, M. Donné a trouvé un grand nombre d'animalcules ayant la forme des vibrions décrits par Muller, sous le nom de *vibrio lineola*. Le pus de toute autre partie, et dans toute autre circonstance, n'a en rien offert de ces animalcules. (Page 5). M. Donné n'en a pas trouvé non plus dans la matière sébacée du gland, ni dans une ulcération de cette partie provoquée par un vésicatoire. Du pus de chancre, contenant des vibrions, a été inoculé à la cuisse du malade qui avait fourni ce pus ; le surlendemain, il existait une pustule remplie d'un liquide séro-purulent, contenant une grande quantité des mêmes vibrions. A la pustule, a succédé une ulcération dont on a arrêté les progrès par la cautérisation. (Page 10).

2378. « Le mucus vaginal pur ne contient jamais de corps animé. Le mélange de la matière purulente est nécessaire à l'existence d'une autre espèce d'animalcule que M. Donné y a découvert, et auquel il a donné le nom de *trico-monas vaginal*. La grosseur de celui-ci varie de 1/20 à 1/50 de millimètre de diamètre ; son corps est souvent rond, mais il prend diverses formes, et le plus ordinairement il est elliptique. Dans ce cas, il a l'aspect d'un ovale légèrement terminé en pointe à ses

deux extrêmités. A la première inspection microscopique, on ne le distingue des globules purulens sphériques au milieu desquels il est plongé, qu'à cet allongement de son corps.... Dans quelques circonstances, on est assez heureux pour voir ces animaux marcher, se porter d'un côté à l'autre; alors il n'est pas possible que les yeux n'en soient pas frappés du premier coup, etc.... Souvent, on les voit seuls, mais, plus souvent encore, ils sont réunis en groupes, etc... Lorsqu'on examine avec un grossissement de 250 à 300 fois, en se servant d'une lampe, si le jour est sombre, on ne tarde pas à reconnaître que l'animal est muni, à son extrêmité antérieure, d'un long appendice filiforme, extrêmement ténu, qu'il agite avec force et en tous sens, et qui paraît lui servir, tant à toucher les objets, qu'à chasser vers un point de son corps où il existe probablement une cavité, le liquide et les parcelles servant à sa nourriture. Cet appendice est quelquefois bifurqué. Au-dessous de cet appendice, et d'un seul côté, le corps de l'animal est légèrement tronqué et déprimé; en ce point existent d'autres prolongemens, beaucoup plus courts, plus difficiles à apercevoir : ce sont des espèces de cils au nombre de trois, quatre ou cinq, etc. (Pages 21 et suivantes). L'existence de ces animalcules est une chose constatée; d'une part, on ne peut révoquer en doute le talent d'observation et la loyauté de M. Donné; et de plus, les hommes les plus honorables ont été témoins des faits dont il s'agit.

2379. Sur *vingt-quatre* femmes affectées de vaginite blennorrhagique non douteuse, et dont près de la moitié portaient même à la fois d'autres symptômes siphylitiques, tels que chancres, bubons,

pustules muqueuses, végétations, etc., *dix-neuf* présentaient un nombre considérable de *trico-monas* dans la matière purulente de leur écoulement. M. Donné ne s'est pas assuré si les cinq autres sur lesquelles il n'avait pas rencontré ces animalcules, n'avaient pas fait des injections capables de les détruire. *Onze* de ces malades, indépendamment de la rougeur de la muqueuse vaginale et de l'écoulement purulent, avaient des altérations du col à divers degrés, depuis la tuméfaction, la rougeur et l'érosion, jusqu'à des ulcérations granulées. Malheureusement, M. Donné ne s'est pas assuré si des femmes atteintes d'écoulemens purulens non suspects, n'offraient pas de *trico-monas* dans les liquides vaginaux, et il est même arrivé que dans les matières d'une vaginite chronique, considérée par M. Hervez de Chégoin comme non siphylitique, des animalcules semblables se sont trouvés.

2380. Les *trico-monas* se rencontrent surtout dans les écoulemens purulens acides, dont il sera bientôt parlé, et paraissent périr lorsqu'on a recours à des injections alcalines. Jamais, suivant M. Donné (page 44), le trico-monas n'a été vu dans le muco-pus du col utérin; ce médecin suppose ailleurs cependant que ces animalcules peuvent causer les picotemens et les démangeaisons qu'éprouvent certaines femmes dans les parties profondes de la génération. (p. 36). (1).

2381. Ces faits, s'ils sont confirmés par de nouvelles recherches des micrographes et des méde-

(1) J'ai cru devoir transcrire les faits observés par M. Donné, parce qu'il arrive trop souvent qu'en croyant rendre compte des idées d'un auteur, on se méprend sur ses opinions et on lui fait dire ce qu'il n'a pas dit.

cins, portent à admettre : 1° que l'on aura dans la présence des petits corps ovalaires trouvés dans le liquide excrété par la vulve, une preuve que ce liquide a pris sa source dans le vagin ; — 2° que l'absence de tout globule dans une masse muqueuse homogène, conduit à penser que celle-ci provient de l'utérus ; — 3° que des globules purulens, dont les matières excrétées par la vulve sont des indices d'inflammation de l'urèthre, du vagin ou de l'utérus, et qu'il n'est pas possible de trouver à ces globules des caractères en rapport avec ces sources variées ; — 4° que le mélange des globules purulens avec les autres liquides sécrétés, et dont l'apparence microscopique varie, peut éclairer davantage sur leur point d'origine ; — 5° que la présence de vibrions dans le pus des chancres, indiquerait une cause siphylitique (il est évident qu'il faut se donner garde d'admettre encore cette proposition comme démontrée, et M. Donné met, à ce sujet, une réserve à laquelle il faut applaudir) (1); 6° que les écoulemens purulens siphylitiques du vagin sur la femme, seraient caractérisés par la présence du *trico-monas*. Cette dernière proposition est encore plus douteuse que la précédente ; car cette maladie est contagieuse de la femme à l'homme, et l'on n'a pas trouvé sur celui-ci de *trico-monas*. Comment se ferait-il donc que la maladie se communiquât par des animalcules qui ne se reproduiraient plus d'un sexe à l'autre. D'ailleurs, puisque les plus simples injections détruisent ces infusoires,

(1) Il est à remarquer à ce sujet que les vibrions, dont il s'agit, sont très semblables à ceux que Muller a trouvés dans beaucoup d'autres liquides. Mais M. Donné fait observer, avec raison, que ces animaux sont si petits, que dans le fait, ils peuvent être fort différens des précédens, bien que leur apparence microscopique soit la même.

pourquoi l'affection qu'ils ont causée est-elle encore si rebelle après qu'ils ont cessé d'exister, etc., etc.? Du reste, quelles que soient les opinions que l'on se forme sur ce sujet, ces recherches de M. Donné sont du plus haut intérêt, et peuvent conduire à éclairer l'histoire des maladies contagieuses.

2382. *L'analyse chimique* des liquides formés par l'utérus ou le vagin, peut fournir aussi des renseignemens utiles en diagnostic.

2383. D'abord, l'état d'acidité ou d'alcalinité de ces liquides a donné lieu, de la part de M. Donné, à des recherches importantes. Il a constaté ces états à l'aide du papier de tournesol, comme il a été dit pour l'urine (2107), et il a trouvé : 1° que le mucus vaginal à l'état normal est acide ; 2° que cette acidité augmente dans la vaginite purulente ; que c'est surtout dans les liquides acides formés par celle-ci que se rencontrent les *trico-monas ;* 3° que le mucus utérin est toujours alcalin ; 4° que ce caractère le distingue constamment du mucus vaginal ; 5° que le pus de la blennorrhagie uréthrale sur l'homme et sur la femme, est également alcalin ; 6° que le pus des chancres, soit de la vulve, soit du gland, que la matière sébacée du prépuce, et que le pus des bubons sont alcalins.

2384. On conçoit que dans quelques cas ces résultats pourraient avoir quelque application pour distinguer la source des divers fluides trouvés dans le vagin.

385. L'analyse chimique pourrait encore démontrer, 1° la présence de l'acide urique dans les liquides vaginaux mélangés d'urine ; 2° la quantité de fibrine contenue dans le sang des règles, ou dans celui qui s'écoule des ulcérations utérines ; 3° la présence de l'albumine ou du mucus dans des

écoulemens où il s'agirait de déterminer s'ils sont plutôt muqueux que purulens ; 4° la composition des gaz qui s'échapperaient de l'utérus , etc., etc.

2386. *Signes physiologiques.* De tous les organes, l'utérus est le seul qui, dans certaines circonstances essentiellement normales, donne lieu à de vives douleurs : celles de la parturition. Celles-ci ont un caractère remarquable : elles commencent en général vers la région lombaire, s'étendent ensuite vers l'hypogastre; elles sont plus tard accompagnées d'un sentiment de pesanteur vers le rectum et elles retentissent fréquemment vers les aines et le nerf sciatique. Lorsqu'elles sont bien dessinées, elles méritent le nom de douleurs expulsives, qu'on leur a donné, car elles ont alors pour but de porter au-dehors le produit de la conception, et elles consistent dans un besoin de pousser auquel la malade obéit, bien qu'en même temps les douleurs semblent augmenter. La souffrance utérine, dans l'accouchement, n'est pas continue, elle revient par accès, et des intervalles ont lieu pendant lesquels la femme ne souffre pas; c'est un calme complet qui étonne même les assistans, et on est parfois surpris de voir une personne qui, tout à l'heure en proie aux plus vives douleurs, actuellement paraît non seulement ne plus en éprouver, mais présente encore un certain degré de gaieté. C'est que ces douleurs rentrent dans le plan général de l'organisation; c'est qu'elles sont encore physiologiques et qu'elles ne portent pas, comme toutes les autres, une influence durable sur les centres nerveux.

2387. Du reste, les accès de douleur sont d'abord peu prolongés, peu intenses, et séparés par une longue intermittence; puis ils se rappro-

chent, deviennent plus forts et finissent au moment de l'accouchement par être presque continus et excessifs. Alors aussi, se dessinent des douleurs intenses vers le col, le vagin, la vulve et les parties voisines, douleurs qui sont en rapport avec le passage de l'enfant.

2388. La menstruation elle-même est, pour bien peu de femmes, complétement exempte de douleurs utérines ou vaginales. C'est surtout au moment où cette fonction va s'accomplir, et que la matrice se congestionne, c'est à celui où l'hémorrhagie se termine et que l'hypermétrohémie n'est pas encore complétement dissipée, que des souffrances ont lieu du côté de l'utérus. Celles-ci se déclarent assez fréquemment aussi pendant l'écoulement des règles. Si des caillots, surtout, se forment dans l'utérus et sont ensuite excrétés, le moment où cette excrétion s'opère est marqué par de vives douleurs. Lorsque la femme est sur le point d'être pour la première fois réglée, comme aussi lorsqu'elle va cesser ou qu'elle vient de cesser complètement de l'être, l'utérus est souvent le siége de douleurs qui sont fréquemment légères dans le premier cas, et qui ont souvent beaucoup d'intensité dans le second. Ces souffrances tiennent ici, comme avant ou après la menstruation, à l'hyperhémie de la matrice.

2389. Or, dans toutes ces circonstances, les douleurs utérines ont toujours le même siége, le même caractère et la même intermittence que celles de l'accouchement. Seulement, elles sont moins intenses que celles qui ont lieu alors que la parturition est avancée. En effet, les premiers temps du travail sont quelquefois accompagnés de souffrances moins vives que ne le sont certaines dou-

leurs en rapport avec la menstruation ou la sortie de caillots sanguins. Toutes ces sensations ont constamment leur siége dans les reins, le bas-ventre et pèsent sur le rectum : toutes ont de la tendance à s'étendre vers les nerfs lombaires, cruraux et sciatiques; toutes ressemblent plus ou moins à l'action de pousser; toutes, enfin, ont quelque chose d'intermittent dans leur apparition, et sont souvent séparées par des momens d'un calme plus ou moins parfait.

2390. A l'état pathologique, les douleurs utérines offrent encore précisément les mêmes caractères, et leur intensité varie infiniment depuis une légère souffrance de rein, de bas-ventre, des pesanteurs vers le rectum, jusqu'aux douleurs les plus horribles; jusqu'aux élancemens les plus affreux s'étendant comme une secousse électrique dans la direction des nerfs lombaires, cruraux et sciatiques. Elles se déclarent à l'occasion des circonstances pathologiques les plus variables, souvent, sous l'influence d'une simple hyperhémie; mais alors, en général, elles sont peu intenses. Il n'y a guère dans ce cas qu'un sentiment de pesanteur et de légères douleurs de reins, assez semblables à ce que les accoucheurs désignent sous le nom de mouches. Cependant, si l'hypermétrohémie est très prononcée, elles sont parfois beaucoup plus vives. Il en est ainsi dans les cas de métrite, et alors l'hypogastre devient parfois très sensible à la pression. Le plus souvent, c'est lorsque du sang, et surtout des caillots, sont contenus dans la cavité utérine et que les parois hyperhémiées, irritées ou altérées de celle-ci se livrent à des contractions, que les souffrances sont des plus intenses et se prononcent par des crises qui rappellent très bien les ac-

cès de douleurs de la femme en couche. C'est qu'ici la cause est la même ; c'est un corps qu'il s'agit d'expulser, qui, se trouvant dans la matrice, sollicite l'action de celle-ci sans laquelle ce corps ne pourrait sortir. Il est si vrai que la présence de caillots ou de sang dans l'utérus, est une cause fréquente des vives douleurs de la femme atteinte de métropathie, que dans les cas où les douleurs sont beaucoup plus intenses qu'à l'ordinaire et reviennent avec des crises expulsives et des pesanteurs sur le siége, on peut annoncer presque à coup sûr que la femme rendra des caillots qui la soulageront, et il est rare qu'on se trompe. Cela est si vrai, que dans les grands désordres du col, lorsque celui-ci offre une large ouverture qui livre facilement passage aux liquides utérins et aux injections qui les entraînent, les souffrances sont en général moins intenses que dans les cas contraires. C'est ce qu'on observe principalement sur des vieilles femmes qui, atteintes de cancers utérins, éprouvent à peine quelques souffrances.

2391. Les douleurs utérines se propagent souvent à des parties plus éloignées de la matrice que celles dont il a été précédemment parlé. Elles se répètent fréquemment dans les hypochondres, particulièrement du côté gauche, vers l'œsophage ou le pharynx, où elles causent une sensation bizarre de resserrement et d'étranglement à laquelle on a donné le nom de sensation de globe ou de boule hystérique. Il semblerait, en effet, à la femme qui éprouve ce symptôme, qu'un corps étranger remonte vers cette partie. Déjà nous avons parlé de ce phénomène ; nous y reviendrons encore dans le troisième volume, à l'occasion du diagnostic des douleurs névralgi-

ques. Dans quelques cas, la métralgie est suivie de souffrances excessives au sommet de la tête, et principalement dans les glandes mammaires ou au bout des seins.

2392. Les douleurs de la tête, des membres, etc., en rapport avec celles de l'utérus, sont ordinairement remarquables par leur intensité et par la facilité avec laquelle leur apparition alterne avec celle des accès de métralgie. C'est même le plus souvent le seul moyen de reconnaître ces douleurs, dites hystériques, que de constater qu'avant leur existence la matrice avait été le siége de souffrances plus ou moins vives.

2393. Remarquez que les douleurs utérines semblent quelquefois n'être pas en rapport avec une lésion organique, et que l'on voit survenir des accès extrêmement intenses de métralgie, sans qu'on trouve rien d'appréciable aux sens qui puisse les expliquer. De là, des argumens qu'on a souvent invoqués en faveur de l'admission des maladies essentiellement nerveuses, c'est-à-dire, existant exclusivement dans les nerfs, et sans autres lésions que des troubles d'innervation. Ce n'est pas ainsi que nous concevons de tels phénomènes. Pour nous, il n'est pas de douleur qui n'ait son point de départ dans un phénomène organique; seulement, il arrive souvent, et pour la matrice principalement, que l'on ne peut spécifier la nature de ce même phénomène. Nous admettons l'existence d'une lésion matérielle dans l'organe ou dans les nerfs d'où partent les douleurs, parce qu'il est impossible qu'il y ait un effet sans cause, et parce qu'il faut bien que la douleur métralgique soit le résultat de quelque altération dans le tissu de la matrice ou de ses nerfs. D'ailleurs, dans un très grand

nombre de faits, on trouve que la métralgie est en rapport avec des circonstances organiques très appréciables. C'est ainsi : 1° qu'elle se déclare à l'approche et à la fin des règles, et alors que l'utérus se congestionne ; 2° que des caillots, du sang, renfermés dans l'utérus, lui donnent lieu ; 3° que des accès de métralgie sont souvent produits pour la première fois, même sur des femmes après l'âge de retour, lorsque le col ou le corps utérin deviennent cancéreux. J'ai vu un remarquable exemple de ce fait à la Salpêtrière ; 4° c'est ainsi qu'on a vu un pessaire causer des accès de métralgie qui cessèrent lorsque ce corps étranger fut enlevé ; 5° que l'excitation des organes génitaux provoque des douleurs névralgiques de l'utérus; 6° qu'à l'occasion de l'orgasme qui accompagne le rapprochement des sexes, et dans lequel, à coup sûr, il se passe des phénomènes matériels dans le tissu de l'utérus, la femme éprouve des sensations qui ont souvent une grande analogie avec des accès hystériques; 7° que dans une métralgie, un viol occasionna la première attaque; 8° qu'une jeune phthisique, sur laquelle on avait cru autrefois reconnaître l'existence d'une perforation intestinale, et qui avait guéri des accidens qu'alors elle présentait, vint mourir à l'Hôtel-Dieu, lorsque j'y faisais la clinique. Elle avait eu de fréquentes douleurs utérines suivies d'attaques d'hystérie intenses. Celles-ci se développaient souvent après le repas. On trouva, à la nécroscopie, une adhérence du grand épiploon aux ovaires et au fond de l'utérus; de telle sorte que lors de l'ingestion des alimens, ces parties étaient inévitablement tiraillées. Du reste, l'utérus était sain ; mais il y en avait bien assez de l'adhérence dont il vient d'être fait

mention, pour trouver un rapport entre la métralgie et une circonstance matérielle (1). C'est encore ainsi : 9° qu'une dame, atteinte de douleurs dites nerveuses de l'utérus, et sujette à des accès hystériques violens, porte une petite tumeur dans la cloison recto-vaginale, tumeur qui est très sensible et qui semble être pour elle le point de départ des accidens qu'elle éprouve ; 10° qu'un prolapsus utérin occasionne souvent des métralgies qui se reproduisent au loin ; 11° que dans les commencemens de la grossesse, on observe parfois des phénomènes du même genre, etc.

2394. Quoiqu'il en soit, les douleurs utérines sont parfois très étendues dans l'abdomen, et sont remarquables par leur extrême intensité. On ne peut pas toucher au bas-ventre sans que la malade jette des cris perçans et sans qu'elle exécute des mouvemens brusques en rapport avec la souffrance qu'on lui fait éprouver. Il suffit même de palper la peau pour produire un tel effet. Fréquemment il y a co-existence d'aéro-entérectasie, et l'état local est si grave que des élèves ou des médecins peu instruits ou inattentifs ne manquent pas de prendre des cas pareils pour des péritonites. Il y a des moyens bien simples de se préserver de cette grossière erreur : c'est d'observer le faciès qui ordinairement reste excellent ; c'est de palper le pouls, qui ne présente pas d'altérations ; c'est de questionner sur les circonstances commémoratives d'accès d'hystérie; c'est l'excessive expression de douleur que la malade montre; ce sont les mouvemens qu'elle exécute et qu'elle se donnerait bien garde de faire si une péritonite existait, etc., etc.

(1) Je conserve le dessin colorié de cette pièce remarquable, il a été fait par M. Colon, étudiant en médecine.

Malgré l'évidence de tels symptômes, j'ai vu plusieurs malades qui, pour en avoir été atteintes, avaient eu à supporter l'application de quatre-vingts sangsues sur le ventre. On se félicitait d'avoir guéri une péritonite !

2395. Il est encore quelques autres circonstances qui, dans beaucoup de douleurs utérines, doivent être notées : 1° c'est d'abord la disposition que les femmes qui en sont atteintes éprouvent à exécuter des mouvemens spasmodiques des membres, des pandiculations plus ou moins analogues à ce qu'on observe dans le baillement ; 2° c'est ensuite une propension à crier d'une certaine façon, qui imite assez bien les plaintes d'une femme en travail. Que le médecin n'oublie pas cette particularité ; car pour le praticien exercé, il suffira quelquefois d'entendre quelques cris d'une malade pour annoncer qu'elle souffre de l'utérus ; 3° c'est l'intensité des douleurs ressenties dans les nerfs sciatiques et cruraux, et qui est quelquefois portée à un tel degré qu'elle ferait oublier à un observateur inattentif la souffrance primitive de l'utérus qui la cause, pour ne s'occuper, sous le nom de sciatique ou de coxalgie, que de ses effets secondaires ; 4° c'est le besoin que la femme éprouve dc pousser comme si elle était dans le travail de l'accouchement ; 5° c'est la pesanteur sur le siége, qui se manifeste quelquefois avec une extrême énergie, etc.

2396. Notez encore que dans l'abaissement de l'utérus, les douleurs ont ceci de particulier qu'elles sont surtout accompagnées, soit de tiraillemens vers l'épigastre à tel point, qu'il semble que, dans la station, l'estomac retombe sur le bas-ventre, soit de pesanteurs incommodes sur le fondement. Ces

symptômes deviennent plus manifestes aussitôt que la femme est debout. Quelquefois, ils se dissipent d'une manière instantanée aussitôt qu'elle est placée sur un plan horizontal. C'est surtout le soir que les accidens sont portés au plus haut degré. Ces caractères sont d'une haute importance en ce sens qu'ils font soupçonner l'existence d'un prolapsus utérin. Il ne faut pas, du reste, les estimer plus qu'ils ne valent; car ils se manifestent aussi dans quelques autres affections de la matrice. Nous en dirons autant des pesanteurs sur la vessie et des besoins fréquens d'uriner, considérés comme signes d'antéversion ou d'accroissement de volume de l'utérus; car on les rencontre dans des cas où la matrice n'est ni déviée ni hypertrophiée. C'est le toucher et l'inspection qui seuls peuvent faire reconnaître d'une manière positive l'existence de pareilles lésions.

2397. Le toucher du col utérin est le plus souvent accompagné de peu de douleur, et même donne à peine lieu, le plus ordinairement, à quelques sensations. C'est une chose remarquable de voir avec quelle facilité on touche le col, on le cautérise, on enlève les fongosités qu'il présente, sans qu'il en résulte de souffrance marquée. Le plus ordinairement, les douleurs que cause l'inspection, avec le spéculum ou le toucher, ont leur siége vers la vulve, ou tout au plus dans la membrane muqueuse vaginale.

2398. Dans l'état normal, le vagin est le siége de sensations en rapport avec les fonctions génitales. On sait quelle est la sensibilité spéciale dont sont doués le clitoris et l'entrée du canal vulvaire. Indépendamment de ces sensations spéciales, le vagin est doué de la sensibité générale des autres

tissus, et celle-ci est quelquefois, dans l'état de maladie, très exagérée ou très modifiée. Les démangeaisons les plus vives et parfois les plus insupportables, se manifestent souvent aux grandes lèvres et à l'entrée de la vulve, à l'occasion, 1° de vaginites spontanées ou contagieuses; 2° de rougeurs plus ou moins vives qu'on observe quelquefois sur la femme, vers l'âge de retour; 3° du frottement des lèvres les unes sur les autres, comme cela a fréquemment lieu sur les personnes très grasses. Les jeunes filles, à l'approche de l'époque de la première menstruation, éprouvent encore parfois un prurit insupportable à la vulve et aux parties voisines. Il faut faire attention à ce symptôme, parce qu'il conduit souvent celles qui l'éprouvent à l'onanisme et à ses fâcheuses conséquences.

2399. Les parties génitales sont fréquemment le siége de cuissons, d'élancemens lorsque des chancres s'y manifestent; de pulsations douloureuses, lorsque des abcès y ont leur siége, etc.

2400. *Les mouvemens* de l'utérus, dans l'état normal, se réduisent à ceux qui sont indispensables pour la sortie du sang, ou des caillots qui s'y trouvent déposés à l'époque menstruelle, et à ceux qu'exige l'expulsion du fœtus, de ses annexes et des écoulemens lochiaux. Les premiers de ces mouvemens sont très faibles et en rapport, pour leur peu d'énergie, avec le tissu serré de la matrice dans lequel, hors le temps et les suites de la gestation, on ne découvre pas de fibres musculaires apparentes. Les seconds ont au contraire une extrême énergie dont on peut juger, d'une part, par l'action puissante qu'exige l'expulsion de l'enfant, et de l'autre, par les sensations que le doigt ou la main de l'accoucheur éprouvent lorsqu'ils

sont portés dans le col ou le corps de l'utérus.

2401. Dans l'état normal aussi, les contractions de la matrice provoquent celles des musles abdominaux, de sorte que s'il s'agit d'expulser le fœtus, du sang ou des caillots contenus dans l'utérus, il y a une synergie, un concours remarquable entre les mouvemens des organes soumis à la volonté et l'action utérine. Les puissances de l'expiration qui concourent à l'effort, les muscles des membres qui y coopèrent aussi, se livrent à des contractions énergiques, alors vraiment spéciales et qui sont en rapport avec la fonction qu'ils sont appelés à remplir. Ces contractions sont lentes, soutenues, et comme les douleurs utérines, se manifestent par des accès évidens, séparés par des temps de repos plus ou moins complets.

2402. Or, dans l'état anormal, cette même série de phénomènes se fait remarquer. Les attaques d'hystérie, ou mieux de métralgie, semblent être aussi accompagnées d'une contraction utérine qui sollicite celle des muscles expirateurs et des membres. C'est alors que se manifeste vers la gorge, et surtout vers l'œsophage et la glotte (très probablement par la médiation du nerf trisplanchnique et de la huitième paire), cette sensation douloureuse de boule, qui remonte de l'hypogastre vers la tête; bientôt cette douleur est en effet suivie d'efforts véritables, pendant lesquels la femme devient souvent rouge, et pousse comme celle qui se livre an travail de l'accouchement. Les muscles des membres se contractent en partie spasmodiquement, en partie volontairement. C'est donc ici une série de phénomènes pathologiques qui sont encore, jusqu'à un certain point, une répétition d'actions qui ont lieu à l'état physiologique,

mais avec des couleurs plus prononcées et un peu différentes.

2403. Remarquez, du reste, que les contractions de l'utérus et des muscles qui combinent leur action avec la sienne, ont lieu lorsqu'un corps étranger quelconque se trouve dans la cavité de cet organe. C'est ainsi qu'une tumeur, des débris du placenta, des caillots indurés, les éveillent et les entretiennent souvent pendant un temps considérable. Ceci a surtout lieu lorsque, par une cause quelconque, existent, à l'orifice utérin, des obstacles à ce que les fluides ou des corps solides s'échappent par cette ouverture. De là vient, sans doute, la fréquence des contractions utérines dans les cas de maladies graves du col qui gênent l'excrétion dont il s'agit. La matrice dilatée au-dessus, devient alors parfois le siége de ces douleurs excessives, dont il a été déjà parlé, et qui ne cessent que lorsque le sang ou les caillots, ou les corps étrangers sont évacués. Il est donc d'une grande importance, pour le soulagement des femmes atteintes de carcinômes du col, d'aviser aux moyens de faire sortir avec facilité les matières que le corps de la matrice peut contenir.

2404. Sans doute, une irritation simple, une stimulation nerveuse, et, à plus forte raison, des inflammations, des ulcérations (bien qu'il ne s'agisse pas de liquides accumulés dans l'utérus), peuvent occasionner les contractions et les douleurs dont il a été précédemment parlé; mais cela est moins ordinaire et surtout moins grave et moins intense. De la même manière qu'à la suite de l'accouchement, on n'est pas tenté de rapporter à des douleurs nerveuses, les contractions utérines qui, sous le nom de coliques, précèdent

ou accompagnent la sortie des caillots, ainsi, dans tout autre état de la matrice, il faut se rappeler que les mouvemens de l'utérus occasionnent des sensations pénibles et sont souvent en rapport avec la présence de corps étrangers ou d'une lésion matérielle.

2405. Du reste, dans toutes ces circonstances, comme dans le travail de l'accouchement, on voit souvent survenir ces mouvemens des muscles dont il a été précédemment parlé.

2406. Les fonctions de l'utérus sont toutes en rapport avec la génération. Ce sont principalement la menstruation, la gestation et la parturition. L'histoire des deux dernières et les circonstances pathologiques qui les concernent, forment la science de l'accoucheur ; mais l'étude de la menstruation est un des points les plus importans du diagnostic et de la médecine pratique. Entrons dans des détails sur ce sujet :

2407. L'utérus a une organisation admirable qui le rend, pour ainsi dire, le régulateur, le modérateur de la santé de la femme. Avant la puberté, celle-ci diffère peu de l'homme ; comme aussi la vieille femme a-t-elle avec le vieillard, sous le rapport de la constitution, les plus grandes analogies possibles. Entre ces deux époques de la vie, la matrice devient à peu près chaque mois le siége d'une hyperhémie active et normale, dont la conséquence doit être une hémorrhagie. La durée de celle-ci varie de quelques heures à huit jours, bien qu'en général cette dernière durée appartienne rarement à un état physiologique. Cet acte est précédé de congestion et souvent d'un léger écoulement blanc; la femme devient plus irritable ; le sang s'écoule d'abord d'une manière faible, puis plus abondamment, et lorsque l'évacuation

a assez persisté, elle diminue; les phénomènes d'hyper-métro-hémie persistent encore pendant quelques heures ou quelques jours. Tout rentre alors dans l'ordre accoutumé. La quantité de sang perdu, varie de quelques gros à plusieurs onces et même d'avantage; il n'y a rien de fixe à cet égard, et une foule de circonstances d'âges, de constitution, de régime, de repos ou d'exercice, de mœurs, etc., influent infiniment sur les proportions du sang menstruel. Celui-ci offre aussi des aspects qui varient depuis une teinte rouge-vermeille, jusqu'à une nuance beaucoup plus foncée, et depuis un état presque séreux jusqu'à une consistance et à une opacité marquées.

2408. Or, il est évident que la *menstruation* a non seulement pour usage de se lier aux fonctions génératrices, mais encore d'être un moyen employé par la nature pour remédier au trop de sang, aux phénomènes de polyhyperhémie dont la femme peut être atteinte. La matrice est organisée de telle sorte, depuis la puberté jusqu'à l'âge de retour, que s'il arrive que la quantité générale de sang soit trop grande, les vaisseaux utérins se dilatent et livrent passage au surplus du liquide qui pouvait porter des troubles dans l'économie. L'homme n'a aucun organe qui remplisse de telles fonctions; tout au plus, dans le jeune âge, la pituitaire remplit-elle un office du même genre. Loin que les hémorrhoïdes puissent avoir les mêmes avantages, elles sont une véritable maladie et un résultat fréquent, soit de lésions de circulation dans les organes internes, soit de constipation. D'ailleurs, ce ne serait là qu'une circonstance accidentelle; mais pour la femme, les règles ou la menstruation rentrent dans l'admirable plan de l'orga-

nisation ; elles caractérisent la constitution de la femme; elles jouent presque toujours un rôle dans les maladies, et le médecin doit avoir infiniment égard à tous les phénomènes qui en dépendent.

2409. Les questions que l'on fait aux femmes, relativement à leurs règles, doivent être faites avec beaucoup de réserve. Pour les jeunes filles, il est bon de les poser aux parens et d'éviter ainsi d'alarmer la pudeur ou de contrarier une mère susceptible. Il faut surtout, dans les classes élevées, éviter de dire, quand avez-vous eu les règles? comment les règles ont-elles coulé, etc.? mais bien se servir de locutions un peu moins précises et que l'habitude du monde ne manquera pas d'apprendre, par exemple: Avez-vous éprouvé quelque retard? N'y a-t-il pas eu quelque dérangement dans votre santé, etc.? Presque toujours, la femme comprend ce qu'on veut lui dire, et le plus souvent donne alors d'elle-même plus de détails qu'il ne serait utile d'en avoir.

2410. C'est surtout lorsque divers symptômes ou des circonstances variées portent à soupçonner l'existence d'une grossesse, qu'il faut, pour une femme non mariée, être très circonspect sur les questions que l'on fait lorsqu'on interroge devant témoins : un mot déplacé pourrait donner l'éveil et compromettre la réputation de celle qui se confie à vous. Ici, comme ailleurs, le médecin doit réunir la sagacité à la prudence, et il ne serait pas digne de sa mission s'il n'évitait pas de nuire dans tous les rapports possibles.

2411. Vers l'âge de retour encore, il est plus d'un cas où l'on ne doit pas dire trop crûment à une femme qu'elle est sur le point de perdre. En agir autrement, serait souvent l'affliger beaucoup et sans nécessité

aucune. Ne le faites qu'autant qu'on vous le demandera, et croyez que vous vous en trouverez bien.

2412. Une infinité de symptômes ou de signes sont puisés dans l'exploration des phénomènes de la menstruation. Leur régularité est en général une preuve de santé, et leur irrégularité, leur dérangement indiquent le plus souvent qu'un état accidentel ou maladif survient. Toutefois, il faut bien se donner garde d'attribuer toujours à la suppression des règles les symptômes qui souvent ont été la cause de cette suppression. On ne doit pas non plus, aux époques voisines de celle de la menstruation, et lorsque des maladies sérieuses se déclarent, attendre toujours, avant d'agir, que cette évacuation ait lieu. Ce serait donner le temps à des lésions organiques de devenir de plus en plus profondes, et s'exposer à ne plus pouvoir guérir des affections dont on aurait pu arrêter la marche si on les avait combattues à temps. Il arrive très souvent qu'un état organo-pathologique interne, tel qu'une pneumonite venant à se manifester, les règles ne paraissent pas ou paraissent mal. Or, le défaut de menstruation est ici le symptôme, le résultat de la phlegmasie, et ce n'est pas la suppression de l'hémo-métrorrhagie qui a occasioné la phlogose.

2413. Voici quelques-unes des applications de l'étude de la menstruation aux connaissances diagnostiques.

2414. 1° Lorsque vers l'âge de 12, 14 ou 16 ans, une jeune fille éprouve des douleurs dans les reins, dans le bas-ventre, etc., en un mot, des symptômes de métrohémie, il faut s'attendre à ce que les règles ne tarderont pas à s'établir; 2° des écoulemens séreux, muqueux, paraissant, à cette

époque de la vie et d'une manière périodique, mensuelle, sans aucune cause maladive, sont des indices très probables de la prochaine apparition du sang menstruel; 3° lorsque, dans nos climats, vers 38, 40, 45 ans au plus, une femme, jusqu'alors bien réglée, éprouve du dérangement dans ses règles, des phénomènes fréquens de métrohémie, des hémorrhagies utérines, il y a lieu de croire que la menstruation cessera bientôt de s'accomplir (ceci est surtout vrai lorsque trente ans, à peu près, se sont écoulés depuis la première apparition du flux menstruel); 4° quand le sang utérin reparaît quelques années après l'âge de retour, il existe en général, dans l'utérus, quelque lésion organique qui cause ces hémorrhagies. Ce ne sont pas là des phénomènes de menstruation, mais de maladie; 5° quand une femme éprouve un retard dans ses règles pendant quelques semaines, et qu'en même temps surviennent des nausées, des vomissemens, des goûts bisarres, un gonflement des seins, du prurit ou de la douleur au bout du mamelon, il faut penser à une grossesse possible; mais on ne doit y croire qu'autant que le toucher, la percussion et l'auscultation donnent la certitude de ce fait; 6° l'apparition habituelle des règles ne doit pas faire affirmer non plus qu'une femme ne soit pas enceinte. Il est des cas où la menstruation continue pendant la grossesse. Ce fait est assez rare. En général alors, la femme perd moins de sang qu'à l'ordinaire, et ce sang est moins riche en couleur. Il faut prendre garde de prendre, dans de telles circonstances, l'hémorrhagie résultant de l'implantation du placenta sur les bords de l'orifice du col utérin, pour les phénomènes d'une menstruation régulière.

2415. Les phénomènes de la menstruation sont fréquemment liés à l'état du sang et de la circulation de la femme, comme aussi aux maladies locales dont elle peut être atteinte; de là résultent les faits suivans : 1° un sang menstruel, riche, abondant, coloré en rouge-vermeil, tachant fortement le linge, indique en général que celui qui circule dans les vaisseaux présente une disposition semblable; 2° un liquide à peine séreux, en faible quantité, rosé, pâle, laissant à peine sur le linge des traces de sa présence, est ordinairement en rapport avec un état de polyanhémie ou d'hydrohémie; 3° un sang menstruel très foncé en couleur, noir, bien qu'abondant, est parfois observé sur les femmes dont la circulation est troublée, ou sur lesquelles l'hématose, par une cause quelconque, se fait avec difficulté; 4° une diminution remarquable dans l'évacuation menstruelle ou même sa suppression, sont souvent la conséquence d'un défaut de sang en général, produit soit par des hémorrhagies, soit par des évacuations alvines, par des sueurs ou par toute autre cause. C'est ce qu'on observe souvent sur les phthisiques. Ce n'est pas l'irritation d'un organe qui entraîne alors l'aménorrhagie, mais c'est le défaut de liquides qui prive l'utérus des matériaux nécessaires à la menstruation; 5° d'autres fois, dans les maladies aiguës, surtout sur des sujets pléthoriques, la suppression des règles est en rapport avec un état fluxionnaire de quelque organe qui, tel que le poumon, est plus ou moins riche en vaisseaux; 6° c'est de la comparaison attentive entre les phénomènes généraux et locaux, entre l'état organique de l'utérus et celui des divers appareils, que l'on pourra tirer les inductions nécessaires à distinguer les cas pré-

cédens les uns des autres ; 7° lorsqu'après une suppression qui a duré plus ou moins de temps, les règles viennent à reparaître, c'est en général un bon signe. Tantôt cela a lieu parce que l'économie a réparé ses pertes, et d'autres fois, parce que la phlegmasie qui empêchait la menstruation de s'établir, a cessé ; 8° les hémo-métrorrhagies abondantes et qui ne tiennent pas à des lésions organiques profondes de la matrice, sont en général des signes de pléthore et la crise naturelle de la polyhyperhémie ; 9° cela peut avoir lieu sur des femmes pâles comme sur des femmes très colorées ; 10° en général, des hémo-métrorrhagies, des troubles dans l'évacuation menstruelle, doivent faire d'abord penser à des maladies de l'utérus et porter à constater par le toucher quel est l'état de cet organe ; 11° une suppression menstruelle ou la non apparition des règles à l'époque voulue par la nature, alors surtout que se dessinent des symptômes périodiques de métrohémie, sont des motifs pour rechercher s'il n'y a pas quelque obstacle mécanique à l'issue du sang au-dehors ; 12° lorsque les règles deviennent irrégulières, qu'elles paraissent alternativement plus ou moins, qu'elles se rapprochent ou s'éloignent, il faut rechercher si quelque lésion locale de l'utérus n'en serait pas la cause ; 13° un sang altéré, mélangé de divers liquides, tels que ceux dont il a été parlé est souvent l'indice de quelque grave désordre vers l'utérus ; 14° une suppression brusque des règles doit faire rechercher s'il ne se déclare pas quelque phlegmasie d'organes riches en vaisseaux sanguins, tels que le poumon, le foie, etc. ; 15° c'est un très mauvais signe, lorsque des symptômes douteux de phthisie existent depuis long-temps,

que de voir l'évacuation menstruelle se supprimer. Du reste, ceci n'a guère lieu que lorsque le dévoiement, les sueurs, les crachats, l'abstinence, ont épuisé en grande partie les fluides circulans; 16° un sang utérin, très clair, très séreux, tachant à peine le linge, et souvent un des symptômes les plus manifestes de polyanhémie, de chlorose, etc.; 17° le défaut de règles, pendant la lactation, est un phénomène éminemment physiologique, et il faut se donner garde de le prendre pour une maladie; 18° c'est un très bon signe dans la convalescence, que la réapparition du flux menstruel. Celui-ci ne se montre en général que lorsque les liquides sont en partie réparés, etc.

2416. *La gestation* est une autre fonction de l'utérus, que l'état de maladie peut empêcher, et qui, elle-même, devient une source de symptômes variés; elle peut être confondue avec d'autres états organiques de l'utérus. Nous donnerons, à l'article du diagnostic comparatif, les principaux symptômes de la grossesse. L'étude des circonstances qui empêchent la conception de s'accomplir, est du domaine de la pathologie.

2417. Lorsque la gestation a été soupçonnée ou constatée, si des phénomènes de métrohémie, tels que des douleurs de reins, de bas-ventre, etc., et surtout un écoulement vaginal, viennent à se manifester, il faut craindre qu'une fausse-couche ne se déclare, faire garder le lit à la femme et le plus souvent la saigner. Lorsque l'époque de la grossesse est assez avancée pour que la femme ait senti déjà remuer, et que les mouvemens de l'enfant et les bruits des battemens de son cœur ont cessé, il y a lieu de croire qu'il a aussi cessé de vivre. Ceci a surtout lieu lorsque le fœtus s'est beaucoup agité

avant de ne plus se mouvoir. Les circonstances commémoratives d'une chûte, d'un coup reçu, etc., éclairent ici le diagnostic. Le toucher du col utérin fait encore, mieux que les signes précédens, reconnaître l'existence d'un avortement.

2418. Les divers états physiologiques ou pathologiques dans lesquels l'utérus peut se trouver, déterminent, dans les autres organes, des modifications très importantes à étudier et à constater.

2419. D'abord, les ovaires et les glandes mammaires font partie du même appareil organique et ne manquent pas de participer aux divers états dans lesquels l'utérus se trouve placé. C'est ainsi que, dans la métropathie, il arrive très souvent que l'un des ovaires, ou tous les deux, donnent lieu à des douleurs plus ou moins vives, qui se prolongent vers les plexus lombaires. C'est ici l'extension de ce qu'on observe dans l'état sain où les sensations dont les parties génitales sont le siége, à l'occasion du coït et des règles, se propagent fréquemment dans cette direction. La métrosarcomie ou métropathie cancéreuse, est souvent accompagnée de carcinômes organiques.

2420. Mais ce sont surtout les glandes mammaires qui sont excitées lorsque la matrice est stimulée ; de là, ce prurit, ces cuissons au bout des mamelons, qui accompagnent les premiers temps de la grossesse, et qui s'observent même sur quelques femmes, lors de l'apparition des règles. Ces glandes se congestionnent fréquemment lorsqu'une métrohémie normale ou anormale survient. C'est ainsi qu'au moment de la menstruation, pendant la grossesse, etc., on voit souvent les seins se tuméfier d'une manière remarquable, et un peu de liquide séreux s'écouler même par l'extrémité

du mamelon. Si ce gonflement est porté un peu loin, les glandes mammaires deviennent en même temps douloureuses; mais c'est surtout dans le courant du troisième jour après l'accouchement que les mamelles sont le siége d'un grand développement et que, comme on le dit, le lait monte au sein. En même temps, l'écoulement sanguin ou lochial qui était établi vers l'utérus, se supprime ou du moins diminue notablement dans sa quantité. Cet état fluxionnaire des glandes mammaires, qui a pour crise naturelle l'issue du lait par le mamelon est précédé et accompagné d'un état spécial de la circulation, d'une fièvre vive qui paraissent dépendre d'un changement survenu dans les principes constituans du sang, d'une galactohémie, enfin. La question est de savoir si celle-ci précède l'état congestionnaire des glandes mammaires, ou si elle est la conséquence de la résorption qui s'y opère. On n'a pas encore convenablement éclairci ce point important de la science. Toujours est-il que cette *fièvre* est, dans l'état normal, accompagnée de sueurs plus ou moins abondantes d'une odeur spéciale, et de phénomènes qu'on ne rencontre guère dans d'autres cas.

2421. Les seins se tuméfient aussi dans la métropathie produite par toute autre cause. On les voit parfois acquérir un volume assez considérable lorsque des tumeurs ou des ulcérations cancéreuses ont leur siége dans l'utérus; ils grossissent dans certaines tumeurs ovariques, etc.

2422. Il est très important, sur la femme en couche, de tenir compte de la manière dont s'établit ou se passe la sécrétion mammaire. C'est un bon signe lorsque les seins se gonflent à l'époque accoutumée. Lorsqu'il n'en est pas ainsi, lorsque la

la fièvre de lait ne se déclare pas, il faut songer au développement possible de quelque phlegmasie de l'utérus, du péritoine ou des organes parenchymateux. Il en est surtout ainsi lorsque les mamelles, après avoir été tuméfiées, s'affaissent d'une manière brusque. Ce signe est en général très mauvais. Tout au contraire, l'écoulement gradué et successif de lait par le mamelon et une diminution lente dans la grosseur des seins, sont des symptômes d'un excellent augure. C'en est un non moins bon, lorsque l'enfant tette avec avidité et que la lactation s'établit d'une manière régulière.— L'apparition des règles, pendant la lactation, n'a guère lieu en général que sur les femmes très robustes et dont les glandes mammaires ne font pas assez de lait pour consommer le surplus des liquides que l'alimentation leur fournit chaque jour. Toutefois, cet état ne paraît pas être toujours sans inconvéniens pour l'enfant. Pendant la lactation, il faut tenir un compte très grand de la grosseur du sein et des affections coïncidentes qui peuvent survenir. —Lorsque la femme sèvre, ou lorsqu'après sa couche elle ne nourrit pas, il faut bien examiner l'état du sein et surveiller s'il ne reste pas des engorgemens plus ou moins considérables qui pourraient ultérieurement avoir de graves conséquences.

2423. Que si l'on étudie d'une manière générale les symptômes qui peuvent survenir dans les divers organes, à l'occasion des états variés que l'utérus est susceptible de présenter, on est tout d'abord frappé de l'étendue et de la difficulté du sujet. Cherchons cependant à en tracer un tableau qui, bien qu'incomplet, sera au moins l'exposé des faits.

2424. Les variations de volume survenues dans l'utérus, peuvent agir sur les divers appareils organiques d'une manière tout à fait mécanique. Voici quelques exemples de ce mode d'influence: — 1° Dans la grossesse, il arrive un moment où le développement du ventre est tel, qu'il survient des symptômes d'anhématosie par refoulement du diaphragme. Cela a surtout lieu lorsque le ventre est d'ailleurs volumineux, lorsque les intestins, par exemple, sont remplis de gaz, et aussi lorsque les parois antérieures de l'abdomen sont solides, épaisses, résistantes, et se laissent peu distendre par suite de l'accroissement de volume de l'utérus et des autres organes contenus dans la cavité du ventre; — 2° l'utérus comprimant, par son poids ou par sa position, les gros intestins, et principalement le rectum, il en peut résulter la difficulté de rendre des gaz et par suite une aéro-entérectasie qui augmente les accidens précédens;— 3° Dans les déviations de l'utérus (antéversion, rétroversion), dans le prolapsus, dans les tumeurs carcinomateuses ou autres, etc., des phénomènes du même genre, peuvent avoir lieu, et dans tous ces cas aussi, la vessie, pressée contre le pubis, est souvent le siége de besoins fréquens d'uriner, ou d'une dilatation résultant de l'obstacle que l'utérus distendu, dévié ou abaissé vient à exercer sur le conduit uréthral; — 4° les gros vaisseaux, et surtout les veines qui se plongent dans le bassin deviennent le siége d'une circulation difficile; de là les varices des extrémités inférieures; de là l'œdème qui survient pendant la grossesse, et s'il arrive que la veine porte soit elle-même comprimée par suite de l'accroissement excessif de l'organe, une hydro-péritonie consécutive se déclare. Celle-

ci, d'ordinaire, se dissipe après l'accouchement, etc.; — 5° quoiqu'on ait pu dire sur le peu de fréquence des congestions cérébrales des hémo-encéphalorrhagies, pendant la grossesse et en dépit de quelques calculs arithmétiques qu'on a établi à ce sujet, il est certain que, consécutivement aux phénomènes précédens, il arrive parfois que des hémorrhagies cérébrales se manifestent, etc.

2425. S'il arrive qu'à la suite d'une blessure, d'un accouchement laborieux, d'une lésion organique profonde, la matrice soit dilacérée, rompue, corrodée, perforée, les liquides qu'elle contient, peuvent pénétrer dans la cavité péritonéale et occasioner des phénomènes promptement mortels. Lors donc qu'à la suite de métropathies variées, les phénomènes d'une hyperpéritonite (péritonite sur-aiguë) se dessineront d'une manière très brusque, songez à la possibilité de la perforation de l'utérus et de la pénétration des liquides qu'il contenait dans la cavité du ventre.

2426. L'utérus peut modifier les divers appareils organiques par suite de l'influence que les pertes de sang dont il est le siège, ou l'absence de ces évacuations peuvent avoir sur les quantités et les qualités des liquides circulans. Nous avons déjà parlé de ces faits à l'occasion de la menstruation et de la gestation; nous n'ajouterons ici que peu de mots sur cette dernière fonction et sur les diverses métropathies. Au commencement de la grossesse, et lorsque le fœtus ne consomme pas assez de sang pour remplacer l'écoulement menstruel, il survient un état de poly-hyperhémie auquel il est souvent urgent de remédier par la saignée générale. Le même phénomène a fréquemment lieu lorsque les règles vont

mal par suite d'un état morbide ou lorsque la menstruation s'arrête à l'époque fixée par la nature. — D'un autre côté, les pertes utérines de sang conduisent, comme nous l'avons vu, la femme à un état de polyanhémie plus ou moins dangereux. — Ceci se voit surtout à la suite des altérations profondes de texture que la matrice présente, et des tumeurs fongueuses qui s'y déclarent. Quelque fois on observe que les hémométrorrhagies excessives, tout en faisant perdre des proportions considérables de sang, ne sont pas la source d'une diminution réelle dans la masse totale de celui-ci, mais bien seulement dans la matière colorante ; de là un état d'hydrohémie si habituellement observé dans des cas pareils. — Indépendamment de ces faits dont les causes organiques sont facilement appréciables, il en est d'un autre genre : tel est un état particulier du sang, une diminution marquée dans les proportions de la matière colorante, qui ont lieu dans certains cancers utérins, alors même qu'on n'a observé encore ni hémométrorrhagies, ni déperdition de tout autre liquide. — Dans ces cas, il est vrai, des dérangemens dans les digestions, un défaut d'appétit qui ont le plus souvent co-existé, donnent encore la clef des phénomènes de débilité qu'on observe, et du défaut de coloration des tissus ; mais par fois aussi il faut bien admettre que la résorption des liquides sécrétés, par l'utérus carcinomateux, produit sur les fluides circulans une influence funeste.

2427. Ainsi les qualités du sang modifiées de diverses manières, pourront conduire en diagnostic à rechercher s'il n'existe pas quelque lésion utérine : et c'est surtout dans l'hydrohémie de la jeune fille (chlorose), qu'il serait important de s'assurer si ces conditions particulières du sang sont liées ou non à

un état pathologique de la matrice. Mais cette question n'est pas encore éclaircie, et tout ce qu'on sait, c'est qu'il y a une relation manifeste d'une part entre l'absence du principe colorant rouge, et du fer dans le sang et de l'autre le défaut de menstruation, sans qu'on puisse dire si l'altération survenue dans les fonctions utérines est ici cause ou effet. La dernière supposition paraît cependant la plus probable ; car si l'on remédie à l'état du sang et si l'on donne des alimens restaurans et des martiaux, les règles finissent le plus souvent par reparaître.

2428. Il est une autre question du même genre tout aussi ardue, et qu'il serait bien important de résoudre; c'est celle-ci : A la suite du travail de l'accouchement il survient un état général de circulation, une fièvre vive dont la conséquence normale est l'établissement de la sécrétion lactée. Ce n'est pas l'excitation des glandes mammaires qui cause les phénomènes fébriles; car ceux-ci précèdent la congestion des seins, ou tout au moins co-existent. Il y a ici une modification particulière du sang. Or, cette modification est-elle primitive et tient-elle à un changement spontané survenu dans les liquides circulans ? Dépend-elle, au contraire, de l'influence que la matrice ou la résorption des sucs qu'elle contient peut exercer sur la composition du sang ? Voici, à coup sûr, ce qu'il est fort difficile de décider. Toujours est-il qu'en diagnostic, il faut faire la plus sérieuse attention à l'état dont il s'agit et auquel on a donné le nom de puerpéral. Alors et dans les jours qui accompagnent l'établissement de la *galactohémie* (fièvre de lait), on doit avoir extrêmement égard aux phlegmasies qui peuvent survenir, et notamment à celles dont le péritoine ou l'utérus sont souvent atteints. Ces inflammations prennent alors un

caractère particulier de la coexistence de l'état général du sang; elles ressemblent pour leur gravité et pour leur symptômes aux affections typhohémiques avec lesquelles elles se compliquent fréquemment. Cette complication a surtout lieu lorsque les femmes habitent un lieu encombré, où l'air n'est pas renouvelé et lorsqu'on ne prend pas le soin d'évacuer les caillots que la matrice renferme. Ceux-ci peuvent en effet se putréfier par suite du contact de l'air parvenu dans la cavité utérine dilatée, et donner lieu à la résorption de sucs putrides par les orifices des vaisseaux restés plus ou moins béans à la surface des parois de la matrice.

2429. Les inflammations utérines spontanées, suites de congestion, ou résultats de lésions mécaniques, peuvent se communiquer aux organes voisins tels que le péritoine, la vessie ou le rectum qui la touchent, etc. Il se peut faire que, par la médiation des vaisseaux veineux et lymphatiques (690), des angiites dont la source est dans l'utérus, aillent se reproduire jusque dans les poumons, le foie, le cerveau, et donnent lieu à une série de lésions et de phénomènes. Ceux-ci sont dus, dans mon opinion, plutôt à la pyohémie consécutive de la métropathie qu'à l'extension de la phlébite utérine. Beaucoup d'hommes recommandables professent l'opinion contraire (Voyez l'article Pyohémie du Traité de médecine pratique). Quoi qu'il en soit, n'oubliez jamais qu'à la suite des affections aiguës de la matrice, on voit souvent survenir des phlegmasies spéciales qui exigent l'attention la plus grande, soit comme diagnostic, soit comme traitement.

2430. Mais l'utérus agit non moins encore sur tous les appareils organiques par le système nerveux. Les auteurs ont fait sentir combien cet organe a d'action

sur l'ensemble des fonctions de la femme. Il est inutile de revenir sur les phrases sonores qui ont été dites à cette occasion. Ce qu'il est plus utile de rappeler, c'est que la matrice, dans les modifications normales qu'elle présente, et dans les états anormaux qu'elle peut affecter, est souvent le siège et le point de départ de phénomènes nerveux et névralgiques qui sont susceptibles de se reproduire vers toutes les parties de l'organisme.

2431. A l'époque de la menstruation, la femme devient souvent irritable, capricieuse, difficile à vivre; elle est exaspérée à la moindre contradiction; sa volonté est parfois impérieuse, et elle exagère tout, même la raison qui ressemble par fois alors à de la folie; les moindres sensations l'affectent vivement; cet état persiste pendant la durée des règles, mais à un moindre degré, puis reparaît avec une intensité nouvelle alors qu'elles cessent de s'accomplir. Lors des premières semaines de la grossesse, ces mêmes phénomènes nerveux se dessinent, et le plus souvent même ils sont alors plus marqués; ils persistent par fois pendant toute la durée de la gestation. Tant que l'écoulement lochial n'est pas complètement arrêté, cet état moral et nerveux ne se dissipe pas complêtement; pendant le travail de l'accouchement il est souvent porté à un point d'intensité extrême. On sait qu'à l'époque de la fièvre de lait survient souvent un délire spécial qui dure quelques semaines et ne se dissipe que lorsque la matrice est revenue à son type fonctionnel. Du reste, ces états particuliers du système nerveux seront pris en sérieuse considération par le praticien, qui doit en tirer parti comme diagnostic. Que de fois le médecin exercé en se fondant sur les changemens survenus dans le caractère d'une femme, ne pourrait-il pas annoncer qu'elle est

arrivée à l'époque menstruelle et que celle-ci s'établit? les gens du monde eux-mêmes savent combien les modifications dans le caractère correspondent souvent à une gestation commençante. Ici, ce sont des appétits bizarres, des *envies* ridicules, des caprices vraiment inexplicables; ailleurs est un goût perverti, un désir de prendre des liqueurs fortes qui expose la femme à se livrer à de déplorables habitudes, etc. De tels symptômes, dans quelques cas, portent à soupçonner la grossesse, combien encore n'est-il pas utile de reconnaître l'espèce de délire qui suit l'état pucrpéral, et dont le pronostic est souvent si différent de celui de toute autre folie, etc.

2432. Dans plusieurs états pathologiques de l'utérus, on voit survenir des phénomènes du même genre, et toutes les fois que cet organe est profondément altéré, ou même lorsqu'il est atteint de névralgie, la femme est sujette à ces états nerveux et intellectuels dont il vient d'être parlé : il est même utile de se rappeler que dans certaines aliénations mentales, la matrice joue un rôle important, et que des lésions utérines peuvent donner au délire une forme spéciale, celle de l'érotomanie, par exemple.

2433. A l'occasion des modifications variées que l'utérus présente, se déclarent certains troubles fonctionnels dans les organes de la vie nutritive qui ne peuvent guère être attribués qu'à une influence nerveuse exercée par la matrice. C'est ainsi que dans les premiers temps de la grossesse, surviennent fréquemment des appétits bizarres et capricieux, une répugnance pour certains alimens, des nausées souvent suivies de vomissemens, des lypothymies plus ou moins complètes, etc. Ces symptômes sont mêmes si constans, lors du com-

mencement de la gestation, qu'ils la font souvent soupçonner même par les gens du monde, sur les femmes qui ont le plus grand intérêt à la cacher. Toutefois, ces phénomènes existent, non seulement lors de la grossesse, mais encore dans un grand nombre de métropathies, et soit qu'il y ait une simple congestion sanguine, soit qu'il s'agisse d'une métralgie ou de lésions organiques plus ou moins profondes, on voit parfois survenir *des maux de cœur, des vomissemens et des syncopes*, comme cela a si souvent lieu sur la femme enceinte. Les vomissemens se manifestent surtout dans un grand nombre de cas où des états pathologiques de l'utérus sont les principales lésions.

2434. C'est souvent par suite de plusieurs influences réunies, telles que celles de volume, de pesanteur, de résorption de liquide, d'innervation, etc., que la matrice modifie les divers appareils organiques. Aussi rien n'est-il plus compliqué que l'étude des relations de l'utérus avec les divers appareils, et est-il convenable de renvoyer, pour plus de détails, aux traités de physiologie et de pathologie. D'ailleurs, plusieurs des tableaux du diagnostic comparatif rempliront les lacunes que nous pourrions laisser ici dans ces considérations sur les symptômes et les signes que les divers organes fournissent dans les maladies de l'utérus.

## DIAGNOSTIC

### SPÉCIAL ET COMPARATIF DES PRINCIPAUX ÉTATS ORGANO-PATHOLOGIQUES DE L'UTÉRUS ET DU VAGIN.

2435. *Métropathie*, souffrance de la matrice, considérée en général. *Métrohémie* ou *hyper-métrohé-*

*mie* (congestion sanguine de l'utérus). Elle se développe le plus souvent dans les circonstances suivantes : Âge de la puberté, précoce dans les pays chauds (de 10 à 12 ans), plus en retard dans les pays froids (de 15 à 18 ans, ou même plus tard), approches de la menstruation ; époque de la cessation de cette fonction (vers 45 à 50 ans, plus tôt ou plus tard dans quelques cas) ; commencement de grossesse ; temps du retour des règles après l'accouchement ; sevrage datant de quelques semaines ; vie sédentaire, constitution robuste et pléthorique ; nourriture succulente ; stimulation des organes génitaux par des causes morales ou physiques ; lésions organiques variées de l'utérus, etc. Les principaux caractères de la métrohémie consistent dans des pesanteurs, des coliques vers le bas-ventre ou le siége, des tiraillemens vers les aines, les cuisses ; retour de ces symptômes par accès plus ou moins rapprochés. Augmentation de poids et de volume du corps de l'utérus et chaleur plus vive du vagin et du col ; phénomènes généraux variés, plus ou moins analogues à ceux des divers états organo-pathologiques dont il va bientôt être parlé. Souvent écoulement par la vulve de liquides muqueux, blanchâtres, qui ne tardent pas, dans beaucoup de cas, à être remplacés par une hémorrhagie normale ou anormale, etc. Souvent l'inspection et le toucher font trouver que le col utérin est rouge, tuméfié et un peu plus sensible qu'à l'ordinaire.

2436. *Amétrohémie* (défaut de sang vers l'utérus). L'état de métrohémie précédent, est le plus souvent normal, puisque c'est lui qui précède l'écoulement des règles. On peut donc fréquem-

ment considérer comme un phénomène pathologique un défaut de congestion sanguine de la matrice aux époques voulues par la nature. L'absence des symptômes précédens vers le temps où les règles doivent survenir, joints à la petitesse, à la légèreté du corps utérin, à la pâleur, aux petites dimensions, au défaut de sensibilité du col, et souvent à un état de polyanhémie assez prononcé, sont les symptômes les plus ordinaires de l'amétrohémie.

2437. *Métrite* (inflammation de l'utérus). On a réuni sous ce nom un si grand nombre d'états de l'utérus, qu'il est fort difficile de tracer le tableau exact de la métrite. La plupart des lésions utérines y ont été comprises. Peut-être la nomenclature va-t-elle nous fournir les moyens d'établir les caractères des formes les plus tranchées des affections variées de l'utérus.

2438. *Métrite du corps.* Douleurs vives dans l'hypogastre, augmentant souvent par la pression la plus légère, et par les mouvemens spontanés ou communiqués; se propageant par élancemens vers les aines, les reins, les cuisses, le trajet du nerf sciatique; elles sont souvent accompagnées d'un sentiment de pesanteur sur le rectum et d'envies fréquentes d'uriner; ces douleurs reviennent par accès, ressemblent toujours à celles des règles ou de l'accouchement, mais avec des nuances différentes. Sensibilité du corps utérin lorsqu'on le soulève avec le doigt porté dans le vagin ou le rectum. Rarement l'engorgement, dans la métrite simple, est-il porté assez loin pour que l'inspection ou la percussion de l'hypogastre fassent reconnaître une hypertrophie. Ecoulement par la vulve de liquides muqueux, opaques, parfois purulens, sanguinolens,

ichoreux, quelquefois fétides; troubles dans la circulation, accélération du pouls; chaleur vive; transpiration parfois abondante; phénomènes de polyhyperhémie; respiration gênée; le faciès en général est très peu altéré et conserve parfois l'aspect de la santé. Souvent plaintes ou cris arrachés par les douleurs et qui ressemblent assez bien à ceux de la femme en couche. C'est surtout lorsque des caillots ou des liquides provoquent les contractions utérines que les douleurs deviennent des plus vives, etc., etc.

2439. *Dans la métrite du col*, la plupart des symptômes précédens se dessinent, parce qu'il est très rare que la maladie y soit circonscrite et qu'elle ne s'étende pas au corps lui-même. Sensibilité marquée du museau de tanche au toucher; tuméfaction plus ou moins bornée ou étendue, observée à l'aide de la palpation dans les divers diamètres du col; parfois déformation de celui-ci; tantôt c'est la lèvre antérieure qui est la plus engorgée, et d'autres fois c'est la postérieure; surface grenue, ressentie quelquefois par le doigt; rougeur plus ou moins vive du col, constatée par l'inspection faite avec le spéculum. Parfois on trouve des ulcérations superficielles dont la couleur et l'étendue varient; ce col est souvent recouvert de liquides muqueux, purulens, sanguinolens, etc. C'est surtout dans cette métrite qu'existent souvent des besoins fréquens d'uriner et une pesanteur douloureuse sur le siége, etc.; écoulemens semblables à ceux dont il a été parlé à l'occasion de la métrite du corps, etc., etc.

2440. La métrite, quelque soit son siége, peut être très aiguë et mériter le nom d'hyper-métrite. C'est alors que se dessinent surtout des douleurs

très vives et des symptômes de réaction des plus marqués. Les phénomènes qui ont alors lieu, sont une exagération de ceux qui viennent d'être signalés. D'autrefois, au contraire, la maladie n'existe qu'à un faible degré, tend à persévérer et n'est plus qu'une *hypo-métrite* qui a alors une grande tendance à devenir chronique (*chrono-métrite*). Ces derniers états sont fort difficiles à distinguer des premières périodes des lésions cancéreuses de l'utérus dont il sera parlé plus bas. C'est surtout dans la chrono-métrite du col que se prononcent des ulcérations, des granulations, des rougeurs avec tuméfaction, qu'il serait si important de pouvoir distinguer à coup sûr de la dégénérescence carcinomateuse. Nous verrons bientôt combien il est difficile de le faire.

2441. Il est une forme spéciale de métrite, ou plutôt une réunion de plusieurs états pathologiques différens, qui méritent une mention spéciale, c'est la *métrite typhohémique* (métrite puerpérale). Celle-ci, qui me paraît être une complication de la typhohémie et de la métrite et plus tard de la pyohémie, a son siége dans les veines (*Phlébo-métrite*, phlébite utérine), ou dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus (*angio-lympho-métrite*) et s'étend souvent au péritoine (*métro-péritonite-typhohémique*). Elle a pour principaux caractères : les circonstances commémoratives d'un accouchement datant du deuxième au troisième jour ; l'habitation dans un lieu où l'air n'est pas renouvelé et où couchent un trop grand nombre de personnes pour la capacité de cet espace ; le défaut de propreté ; l'accumulation dans l'utérus (resté dilaté après l'accouchement) de sang et de caillots altérés par le contact de l'air qui

y pénètre ; le défaut d'injections propres à débarrasser l'utérus de ces corps putrides qui y séjournent ; des débris de placenta qui se putréfient dans les parties profondes de la génération, etc.

2442. La résorption des matières putrides, et partant la typhohémie est, dans les cas précédens, d'autant plus à craindre que l'accouchement a été plus laborieux ; que des plaies, des déchirures ont été faites à la matrice, et que le placenta, détaché avec violence par des tractions sur le cordon, ou à l'aide de la main, a laissé à nu, dans la cavité utérine, des surfaces saignantes et des orifices de vaisseaux béans. — A l'invasion : frissons plus ou moins marqués. Les seins ne se tuméfient pas ou s'affaissent s'ils s'étaient gonflés. Symptômes de métrite portés à un très haut degré, mais qui ne tardent pas à se compliquer de ceux de la typhohémie (864). Présenter ici un tableau de cet état, serait complétement inutile, puisqu'il a déjà été établi ailleurs (864) et qu'il ressemble infiniment à celui de l'entérite typhohémique porté au plus haut degré d'intensité (1750). Le plus souvent, à la métrite typhohémique, se joint une péritonite qui en rend encore la marche plus rapide et plus funeste. Cette maladie parcourt du reste ses périodes avec une grande promptitude ; le faciès est extrêmement altéré, et comme du pus se forme abondamment dans les veines, les lymphatiques ou le péritoine, il arrive souvent que des inflammations pyohémiques, lobulaires se dessinent fréquemment dans les poumons, le foie, dans les articulations, et même dans des points divers du tissu cellulaire, etc. (Voy. les articles *Typhohémie*, *Pyohémie*, *Entérite typhohémique*, *Entérite pyohémique* du Traité des maladies du sang).

2443. *Vaginite* (inflammation du vagin), prurit, douleur, chaleur, rougeur, tuméfaction de la membrane muqueuse vaginale; écoulemens de liquides blanchâtres, jaunâtres, jaune-verdâtres, par la vulve. Ces caractères sont constatés par la palpation et par l'inspection simple, ou à l'aide du spéculum. Les écoulemens dans les vaginites contagieuses, d'après les recherches de M. Donné, semblent contenir un animalcule auquel il a donné le nom de trico-monas. Les circonstances commémoratives, beaucoup plus que la nature de l'écoulement, portent à faire admettre que celui-ci tient à une cause spécifique, il n'est pas sans danger (pour constater l'existence de cette cause) de tenter l'inoculation sur d'autres points de la peau ou des membranes muqueuses de la personne qui est atteinte d'écoulemens vaginaux. Les mêmes réflexions sont applicables aux ulcérations, suites de vaginites qu'il s'agirait de distinguer des chancres siphylitiques. M. Donné a trouvé, dans le pus qui s'écoule de ceux-ci, un vibrion spécial qu'il n'a pas rencontré dans tout autre liquide, et si ces faits étaient constatés par de nouvelles recherches, ce serait là un moyen de diagnostic précieux et qu'il ne faudrait pas négliger. Du reste, nous renvoyons, pour les caractères qu'on observe le plus communément dans les ulcérations siphylitiques, à ce qui en a été dit ailleurs (2290), et pour l'histoire détaillée de la vaginite, à divers paragraphes de ce chapitre (2290, 2365, 2367, 2398.)

2444. *Métrorrhée, ou blenmétrorrhée;* (flueurs blanches, écoulement muqueux par la matrice); les caractères propres à distinguer les liquides provenant de la cavité de l'utérus, de ceux qui viennent du vagin ont été précédemment établis. (2367); y reve-

nir ici, serait s'exposer à des répétitions inutiles; bornons-nous seulement à dire, qu'à moins de lésions organiques profondes de la matrice, les fluides séreux ou muqueux rendus abondamment par la vulve, sont dus principalement à une sécrétion de la membrane muqueuse vaginale. Lorsque leur quantité est considérable, il produisent un affaiblissement marqué, un état anhémique plus ou moins prononcé accompagné de douleurs épigastriques, de tiraillemens d'estomac; la femme éprouve un sentiment de malaise, elle est pâle et la plupart des fonctions languissent : ces symptômes fonctionnels observés sur des malades, doivent toujours porter le médecin à s'enquérir s'il existe en effet un écoulement par la vulve. De telles questions doivent toujours être faites avec beaucoup de ménagemens. Toutes les fois qu'une femme se plaint de flueurs blanches, il faut constater autant qu'il est possible de le faire, quel est l'état de l'utérus et de son col.

2445. *Métrorrhagie ou hémométrorrhagie;* (pertes de sang, hémorrhagies utérines); écoulement par la vulve ou par le col utérin (s'il est possible de s'en assurer par l'inspection avec le spéculum), de sang plus ou moins pur; cette hémorrhagie qui se manifeste dans l'état normal et qui a reçu alors le nom de menstruation, (2408) doit être distinguée des pertes morbides; il n'est pas toujours facile de le faire : comme celles-ci, elle est souvent précédée et suivie des phénomènes de métrohémie, et parfois les règles coulent dans des proportions considérables. Les meilleurs caractères pour établir qu'un écoulement de sang par l'utérus est pathologique, se tirent des circonstanees suivantes : 1° apparition de l'hémorrhagie à une époque différente de celle des règles, ou à un âge où elles ont cessé et doivent cesser de couler;

2° circonstances commémoratives d'états variés normaux ou pathologiques de l'utérus, tels que grossesse, accouchement, carcinôme, etc; 3° présence actuelle de quelque lésion organique du col ou de l'utérus qui puisse être accusée de l'hémorrhagie;—4° écoulement plus abondant et plus prolongé de sang que cela n'est ordinaire, ou que ne le comporte l'état général de santé de la femme, etc.

2446. *Les métrorrhagies anormales* ne présentent pas toujours des caractères identiques. Il en existe dans lesquelles l'écoulement du sang est fort abondant à l'intérieur, bien qu'il ne s'échappe pas par le col utérin ou au-dehors (perte interne); le liquide s'accumule alors dans l'intérieur de la cavité de la matrice. Quelquefois, après un certain temps, des caillots sont portés dans le vagin où le spéculum et le doigt les retrouvent, et ils finissent par franchir la vluve.

2447. C'est surtout lorsque, par une cause quelconque, telle que la grossesse, des tumeurs, etc., la cavité utérine a été très dilatée qu'une collection considérable de sang peut être accumulée dans cet organe sans qu'il s'en écoule au dehors; dans ce cas dont il faut surtout tenir compte à la suite de l'accouchement, la percussion et la palpation hypogastrique, le toucher du vagin et du rectum, trouvent les symptômes et les signes positifs d'une métrectasie plus ou moins considérable et qui dépasse les dimensions ordinaires que l'utérus présente à la suite de la parturition. Alors aussi et le plus souvent, l'organe ne se contracte pas, ne forme pas un corps sphérique et dur, mais constitue une masse considérable, plus ou moins molle et qui ne donne pas de résistance au doigt qui percute, ou de dureté à la main qui palpe le bas-ventre; lorsque la tumeur augmente d'une

manière successive, et qu'en même temps se manifestent des signes de polyanhémie qui prennent d'un instant à l'autre plus d'intensité, il faut concevoir les plus grandes inquiétudes et s'empresser de constater l'état du col; il faut rechercher si des caillots ne bouchent pas son orifice, évacuer les liquides, introduire s'il se peut la main dans l'utérus et s'empresser enfin d'employer les moyens les plus actifs pour remédier à des accidens qui compromettent *actuellement* la vie de la femme.

2448. Lorsque le sang s'écoule au dehors (perte externe), on constate par le toucher mais surtout par l'inspection à l'aide du spéculum, si le liquide prend sa source : 1° dans la cavité de l'utérus et alors il s'échappe par l'orifice du col qui est presque toujours dilaté pour lui livrer passage, et dans lequel le doigt s'engage avec plus ou moins de facilité; 2° dans le col lui-même et alors il est extrêmement utile de savoir quel est le point d'où le sang s'écoule, si l'espace où l'hémorrhagie a son siége est étendu, si des surfaces de tissus fongueux, érectiles en sont la source, si des ulcérations la causent; si des vaisseaux dénudés, déchirés sont les parties d'où le sang provient, etc. Dans quelques cas j'ai vu des artérioles qui rampaient sur des tissus cancéreux du col, être le siège de battemens, et c'était elles aussi qui causaient la métrorrhagie. Une grande partie du traitement est donc fondée ici sur un diagnostic attentif, et le bien établir, c'est se donner souvent les moyens d'employer avec succès les ressources de la thérapeutique.

2449. Aux symptômes locaux de la métrorrhagie externe dont l'abondance peut être très variable, se joignent, comme pour les pertes internes, des phénomènes généraux; mais ici il y a une importante

distinction à établir. Tantôt l'hémorrhagie se fait rapidement, en quelques minutes, en quelques heures ou en quelques jours; alors surviennent tout-à-coup un état anhémique général, un pouls faible, imperceptible, une pâleur extrême, des anencéphalohémies (syncopes), etc. Tantôt elle a lieu assez lentement pour que la femme répare en partie par l'alimentation et les boissons le sang qu'elle perd journellement; alors se dessinent des phénomènes d'hydrohémie, une pâleur spéciale, un affaiblissement marqué, etc.; c'est ce qu'on remarque surtout lorsqu'à la suite de la métrosarcômie (cancer utérin) se déclarent des pertes journalières ou fréquentes, mais médiocrement abondantes. Il arrive même que des écoulemens blancs et prolongés entraînent par fois des accidens semblables, etc.

2450. La matrice est susceptible de divers déplacemens : dans l'un, *antéversion*, le corps de l'utérus est incliné en avant, vient peser sur la vessie, et la femme éprouve alors des envies fréquentes d'uriner; la palpation vaginale fait alors trouver que le col utérin est incliné en arrière et que sa surface est tout-à-fait dirigée vers le rectum. Dans cet état pathologique, le coucher sur le dos soulage. Dans un autre cas (*rétroversion*), le col utérin, incliné sur le rectum, tombe en arrière; le col est dirigé en avant; il y a des ténesmes et des pesanteurs pénibles sur le fondement. Le coucher sur le ventre soulage d'ordinaire les femmes atteintes de rétroversion. D'autres fois, la matrice est plus basse qu'à l'ordinaire, (*prolapsus utérin, chûte de matrice*), et les degrés de cet abaissement varient depuis quelques lignes jusqu'à la sortie au dehors de l'utérus presque entier. C'est encore au toucher et parfois à l'inspection simple à constater l'existence de cette lésion. Quand la tumeur fait

saillie au dehors on la reconnaît et on la distingue de toute autre affection utérine, par la présence de l'ouverture du col, et à ce que le sang des règles s'échappe par cet orifice. Les malades, dans les divers degrés de prolapsus utérin, éprouvent la sensation d'un corps qui semble tirer l'abdomen et même l'estomac par en bas; elles se plaignent d'une faiblesse extrême, de défaillances, de nausées, etc. Ces accidens cessent lorsqu'elles reposent sur un plan horisontal et reparaissent lorsqu'elles sont levées. J'ai observé que le coucher sur le ventre calmait très vîte les douleurs et pouvait même, s'il était suffisamment prolongé, avoir une influence thérapeutique heureuse. C'est surtout le soir, dans la station, lorsque la femme marche, que les symptômes sont les plus marqués. En même temps se prononcent souvent des besoins d'uriner et de rendre les fécès en rapport avec la compression de la vessie et du rectum. On voit aussi survenir d'autres phénomènes de métropathie tels que la métrorrhée, la métrorrhagie, etc. Si un ou deux doigts sont portés dans le vagin et soulèvent l'utérus, les malades éprouvent en général un soulagement marqué. Le plus souvent, mais non constamment ont existé les circonstances commémoratives d'un accouchement, et surtout d'un défaut de repos au lit dans les jours qui ont suivi la parturtion. Il sera bon pour avoir plus de détails sur ces affections, de consulter les ouvrages qui ont trait aux accouchemens et aux maladies des femmes.

2451. *Métrotrophie ou hypermétrotrophie* (augmentation du corps ou du col de l'utérus); 1° *hypermétrotrophie du corps*. La palpation fait découvrir dans l'hypogastre, et quelquefois beaucoup plus haut dans l'abdomen, une tumeur volumineuse ordinairement

globuleuse, occupant le plus ordinairement la ligne médiane, parfois inclinée à droite ou à gauche. Tantôt la surface en est lisse, égale; tantôt, surtout dans le cas de carcinômes et de tumeurs fibreuses utérines faisant saillie à la surface externe de l'utérus, (voyez le beau travail de M. Roux sur les corps fibreux de la matrice), elle est bosselée ou irrégulière sur les points divers de son étendue. La palpation vaginale trouve que le corps utérin est pesant, souvent abaissé; le doigt éprouve de la difficulté à le soulever. Si l'on pratique en même temps le toucher, soit par le vagin, soit par le rectum et la palpation hypogastrique, on trouve que la masse hypertrophiée est continue depuis le vagin jusqu'au bas-ventre, et que le soulèvement imprimé d'un côté est ressenti de l'autre. La percussion trouve une matité correspondante à l'étendue de la maladie; cette matité présente souvent vers les divers points de l'espace où on la rencontre, des degrés divers de résistance ou de mollesse au doigt qui percute; quelle que soit la position du malade, le son mat est fixe dans le lieu qu'il occupe. La forme de l'espace où on le rencontre est en général arrondie. A droite, à gauche, au dessus de la tumeur, se rencontrent les sons tympaniques propres aux intestins. Pour ne pas commettre d'erreur, il faut d'abord bien vider la vessie d'urine, car la matité produite par le réservoir que distendrait le liquide, pourrait être prise pour la matrice dilatée. Dans les cas où l'utérus ne fait pas de saillie au-dessus du détroit supérieur, et lorsqu'on s'est assuré que les gros intestins ne contiennent pas de matières, la matité observée sur le pubis au niveau des trous sous-pubiens, sur les côtés du sacrum, peuvent fournir quelques documens sur les

dimensions de la matrice dans le petit bassin. A une époque avancée de l'hypertrophie utérine, le ventre acquiert un développement plus ou moins considérable et appréciable par l'inspection. Ce développement est en général de beaucoup supérieur à celui que comporterait l'hypermétrotrophie, parce que celle-ci cause l'accumulation des gaz dans les intestins. Consécutivement à l'augmentation de volume de l'utérus, se dessinent des symptômes de compression de divers organes, tels que ténesmes, épreintes, difficulté de respirer, douleurs dans la région du foie, de la rate, des colons ascendant et descendant, hydropéritonie, etc. Indépendamment de ces phénomènes mécaniques il s'en manifeste le plus souvent plusieurs autres qui tiennent à la coexistence des autres états pathologiques dont l'utérus peut être en même tems le siège.

2452. 2° *Hypermétrotrophie du col* (augmentation dans le volume du col de l'utérus), nous avons établi dans divers paragraphes de ce chapitre les principaux moyens de la constater, et nous renvoyons pour ce qui y a rapport aux nos 2302 et suiv.

2453. *Grossesse, gestation,* (*embryométrotrophie*, expression qu'on pourrait employer si l'on voulait éviter de se servir du mot grossesse, qu'il est parfois si peu convenable de prononcer); réunion des caractères de percussion et de palpation, propres à l'hypermétrotrophie en général. Les phases du développement qu'affecte l'utérus dans la gestation ont été indiquées au n° 2316; circonstances commémoratives de l'acccomplissement de l'acte vénérien, suppression ou du moins diminution très marquée de l'écoulement menstruel. Dans les premières semaines, dégoût pour certains ali-

mens, nausées, vomissemens, lipothymies, changemens dans le caractère, douleur au mamelon et gonflement des seins qui, parfois deviennent très douloureux. Vers 4 mois et demi, mouvemens de l'enfant ressentis par la mère et par la main appliquée sur le ventre, ou par le doigt porté dans le vagin; sentiment de ballottement du fœtus par le toucher; perception du double bruit du cœur du fœtus à l'aide de l'auscultation; degrés variés de matité des divers points de la tumeur utérine en rapport avec les parties que l'enfant présente; phénomènes généraux très variables; très souvent symptômes de congestion vers les poumons, le foie, le cerveau, etc., etc.; altérations fonctionnelles suites de la métropathie.

2454. L'époque de la parturition est marquée, dans l'état normal, 1° par l'espace de temps écoulé depuis la conception probable, et ce temps est de neuf mois. Il vaut mieux, en général, faire partir ces neuf mois, du 14e jour après la dernière époque menstruelle; c'est le moyen d'arriver à une approximation plus exacte du terme de la grossesse; 2° par la dilatation et l'amincissement du col; 3° par l'écoulement utérin, d'abord de liquides blanchâtres ou séreux, puis de sang ou de mucosités sanguinolentes; 4° par des douleurs utérines senties d'abord dans les reins, puis dans le bas-ventre et se dirigeant vers le siège; 5° par les contractions de l'utérus senties, soit par le doigt porté vers le col, soit par la main appliquée sur le corps de la matrice; 6° par la formation de la poche des eaux; 7° par la présence de quelque partie du fœtus qui vient se présenter à l'orifice du col, soit avec la médiation des membranes, soit sans leur intermédiaire alors qu'elles sont rompues; 8° par

la rupture de celles-ci et l'écoulement des eaux, etc.

2455. Les grossesses extra-utérines sont souvent fort difficiles à reconnaître. En général on peut dire qu'elles ont pour caractères la plupart de ceux de la gestation, moins les phénomènes locaux d'hypermétrotrophie, et moins aussi les changemens successifs survenus dans le col utérin. Nous renvoyons du reste pour ce sujet difficile aux traités spéciaux sur les accouchemens.

2456. *Hypermétrotrophies partielles*, telles que corps fibreux, polypes utérins, etc.; tumeurs plus ou moins volumineuses senties par la main qui palpe l'abdomen, ou par le doigt qui touche le vagin. Fréquemment les corps fibreux faisant saillie au dehors de la matrice et par conséquent, développés dans l'abdomen, sont multiples ; leur surface est lisse et leur volume est de beaucoup plus considérable que s'il s'agit d'une affection cancéreuse (M. Roux). Ces corps sont durs, résistans, indolens ; ils donnent à la percussion un son mat; ils se développent par fois plutôt d'un côté que de l'autre; du reste, ils peuvent être accompagnés de symptômes de métropathie et de compression des organes voisins. Le diagnostic, en est souvent obscur, car il est très difficile de les distinguer de certaines tumeurs ovariques, qui sont cependant le plus souvent lobulées, inégales à leur surface ; le développement en est lent et progressif. Le défaut des signes positifs de la grossesse, l'ancienneté de la maladie les distingue facilement (à une époque avancée de la maladie) de l'embryométrotrophie. Dans les premiers mois de l'existence de cette affection, et si l'on conservait des doutes sur sa nature, il faudrait, avant de se prononcer sur l'existence de l'hypertrophie partielle de l'utérus, at-

tendre que l'époque de la gestation fut dépassée de quelques semaines.

2457. Les corps fibreux qui font saillie à travers le corps utérin se présentent dans le vagin; d'abord, l'inspection avec le spéculum puis avec la vue simple, dans les premiers temps le toucher avec un doigt et plus tard avec la main, peuvent révéler leur présence. Leur surface est unie, ne saigne pas par le contact; leur couleur est blanchâtre; le col de l'utérus entoure et circonscrit leur base le plus souvent pédiculée; ils ne présentent pas à leur sommet d'ouverture semblable au col et par laquelle s'échappent les règles. Celles-ci, lorsque la menstruation s'accomplit encore, coulent entre la tumeur et les parois du vagin. Les corps fibreux sont indolens ou du moins très peu sensibles; c'est à la compression qu'ils causent que sont dus la plupart des accidens auxquels ils donnent lieu, etc. (Il faut consulter pour plus de détails, l'excellent mémoire que M. Roux a publié sur ce sujet).

2458. Les diverses espèces de tumeurs fongueuses qui peuvent se déclarer dans l'utérus ne peuvent guère être diagnostiquées qu'autant qu'elles font saillie à travers le col utérin, et alors l'inspection, la palpation, les hémorrhagies, etc, décèlent leur présence.

2459. *Hydrométrectasie* (hydropysie de la matrice). Symptômes et signes d'hypermétrotrophie auxquels se réunissent une matité moins grande, ou plutôt une résistance au doigt moins marquée que s'il s'agissait d'épaississement des parois, et une fluctuation plus ou moins apparente obtenue, soit d'un côté à l'autre de la tumeur, soit sur des points divers de sa surface. De plus, phénomènes

généraux de métropathie. On ne trouverait pas ici les signes sensibles de la grossesse, et la maladie durerait par de là le terme ordinaire de la gestation.

2460. *Hémométrectasie;* (distension de la matrice par le sang;) la perte interne qui survient après l'accouchement, mérite cette dénomination; il en est ainsi de la rétention dans l'utérus du sang menstruel. Cette affection aurait pour signes physiques les mêmes caractères que l'hydrométrectasie; la fluctuation serait moins facile à saisir, les règles ne paraîtraient pas; mais en général à chaque époque menstruelle, il y aurait une augmentation de la tumeur, et des phénomènes de métropathie plus prononcés se dessineraient. Cette affection est parfois observée sur de jeunes filles qu'on pourrait croire ne pas être encore réglées, parce que le sang ne s'écoule pas au dehors; elle pourrait à la rigueur avoir lieu sur des femmes dont l'orifice du museau de tanche serait oblitéré par des cicatrices ou des indurations. Dans des cas semblables il y aura donc *métrarctie* du col utérin. Les signes de celle ci se tirent de l'inspection avec le spéculum, du toucher, qui tantôt ne trouvent pas le col ou son orifice, et tantôt y découvrent des indurations qui empêchent le sang menstruel de s'échapper dehors. A ces phénomènes se joignent ceux de l'hémométrectasie dont il vient d'être parlé. M. Amussat a publié une observation des plus remarquables dans laquelle il fut assez heureux ou plutôt assez habile, pour donner aux règles, sur une jeune fille, une issue facile.

2461. *Dysmétronervie,* (troubles dans l'action nerveuse de l'utérus), à coup sûr cet état se rencontre très souvent sur la femme, et soit à l'approche des règles, soit dans les premiers temps de la gestation, soit lors de la fièvre de lait, soit vers la puberté ou

l'âge de retour, ou même sur certaines femmes irritables, il se passe une foule de phénomènes nerveux vers l'utérus qui irradient plus ou moins vers les divers appareils organiques; nous renvoyons pour plus de détails à divers paragraphes de cet article. (Nos 2391 et suivans.)

2462. *Métralgie* (douleurs névralgiques de l'utérus, hystérie, utéralgie). Cette névralgie est à coup sûr l'une de celles dont l'étude est la plus importante; mais comme elle ne tarde pas, dans la majorité des cas, à se propager à d'autres parties du système nerveux, et jusqu'au cerveau lui-même; comme elle a la plus grande analogie avec plusieurs autres névralgies ascendantes, désignées communément sous le nom de névroses; comme elle éclaire l'histoire de celles-ci et de quelques autres maladies des nerfs, nous renvoyons au troisième volume et à diverses névropathies, pour en tracer le tableau diagnostique. D'ailleurs, on trouvera aux nos 2391, 2392, 2393, les traits principaux qui la cataractérisent.

2463. *Métrosarcomie* ou *métropathie cancéreuse* (cancer de la matrice). Cette affection est loin de se présenter toujours avec le même ensemble de phénomènes, de sorte qu'il est extrêmement difficile d'en tracer un tableau diagnostique satisfaisant. Nous allons présenter l'ensemble des symptômes et des signes qui sont propres à plusieurs des affections réunies sous cette dénomination, bien entendu que les cancérées seront loin d'offrir l'ensemble des phénomènes dont nous allons parler.

2464. Indurations, tumeurs développées dans le corps ou le col de l'utérus. Le tissu en est ferme, résistant; la surface en est souvent rugueuse, inégale; des végétations fongueuses se dessinent sur

la surface du col ou se présentent à son orifice; elles ont la forme d'un champignon ou de petites tumeurs inégales, indurées, réunies ou isolées et donnant lieu, par le moindre contact, à des hémorrhagies. Des indurations s'étendent alentour des points qui sont le siége de ces végétations, se propagent non seulement aux parties du corps et du col qui d'abord n'avaient pas été atteintes; mais s'étendent au vagin, à la vessie, à l'urèthre, au rectum, etc. Si la maladie occupe le corps, celui-ci donne des caractères de palpation et de percussion semblables à ceux qu'on rencontre dans l'hypermétrotrophie simple; mais avec cette différence que la surface utérine est, dans la majorité des cas, inégale, lobulée, etc. Extension de l'engorgement aux ovaires et aux parties voisines. Les ganglions lymphatiques des aines, des lombes sont parfois volumineux et indurés, etc. Lorsque la maladie a son siége dans le col, celui-ci devient saillant, sa forme s'altère; tantôt c'est sa lèvre antérieure, tantôt la postérieure, et d'autres fois l'une et l'autre, qui se tuméfient. Tantôt le museau de tanche est plus long, d'autres fois plus court; dans certains cas, il a un diamètre transversal plus étendu que dans l'état normal, etc.

2465. D'autres fois, ces indurations ne se déclarent que consécutivement à des ulcérations que présentent le corps, les parois de la cavité du col ou le col lui-même. Les deux premiers de ces états pathologiques ne sont pas accessibles aux sens, et l'on n'en peut juger que par les symptômes fonctionnels qui se dessinent. Les ulcérations sont au contraire apparentes à l'orifice du col et sur celui-ci. Elles commencent et poursuivent leur marche de manières très variées. Au début, elles

peuvent consister dans de simples rougeurs, des surfaces grenues, rouges, saignantes, en un mot, dans des phénomènes qu'il serait bien difficile de distinguer des inflammations franches. Seulement, les indurations qui existent alors, presque constamment au-dessous, doivent porter à croire que la maladie est plus grave qu'on ne le pensait. D'autres fois, on trouve à l'inspection, des plaques grisâtres sur le col, et qui sont entourées d'un limbe rouge : des vaisseaux variqueux rampent dans quelques cas à la surface de la portion de l'utérus accessible aux sens. Plus tard, ou dès le principe, des ulcérations plus ou moins profondes, quelquefois superficielles, mais le plus souvent excavées, à bords durs, coupés, inégalement frangés, existent sur le col, et surtout vers son orifice; elles ont une tendance marquée à se propager vers sa cavité. Leur fond est tantôt grisâtre, noirâtre, et d'autres fois d'un beau rouge, etc. La grandeur, la profondeur, la marche de ces ulcérations varient dans un grand nombre de cas et suivant beaucoup de circonstances.

2466. Le plus souvent, lorsque la maladie a fait quelques progrès, il y a réunion des ulcérations, des indurations et des végétations; le plus ordinairement aussi, une ulcération présente sur des points divers de son étendue les différens aspects dont il vient d'être parlé. Ceci rend bien difficile la distinction des cancers utérins en diverses espèces, fongueux, ulcéreux, squirreux, etc., et ces distinctions si faciles à faire dans un livre, ne le sont plus dans la pratique (1). On peut lire dans l'ouvrage de

(1) Cette réflexion est applicable à l'anatomie pathologique, car le plus souvent on trouve dans les affections cancéreuses de l'utérus, des

M. Dugès et dans l'article métropathie cancéreuse du *Traité de Médecine pratique*, par M. Lhéritier, les caractères sur lesquels on se fonde pour distinguer entre elles les diverses espèces de carcinômes utérins.

2467. Par suite de développement de ceux-ci, se dessinent, comme dans toute autre hypermétrotrophie, des signes de compression ou de souffrance du rectum, de la vessie, des autres intestins, etc. Mais ici se manifestent trop souvent d'autres séries de symptômes : c'est l'extension du carcinôme au rectum et à la vessie d'où résulte la perforation de ces parties et des écoulemens infectes et mélangés de matières fécales et d'urine; c'est la destruction partielle des parois de la cavité du corps, bientôt suivie de la pénétration des produits altérés dans la cavité du péritoine et d'une péritonite qui, le plus souvent, cause une mort prompte.

2468. Le plus souvent, dès les premiers temps des carcinômes utérins, et même avant que des signes physiques aient pu constater leur présence, se prononcent des écoulemens très variés et surtout des hémométrorrhagies qui se renouvellent fréquemment, et qui, s'ils cessent quelque temps, reviennent ensuite avec plus d'abondance. Ces écoulemens très variables, sont muqueux, purulens, ichoreux, sanguinolens, sanglans avec diverses teintes, renfermant des caillots plus ou moins altérés ; ils présentent, dans beaucoup de cas, une extrême fétidité, tandis que, dans d'autres, ils sont complètement inodores. Le plus souvent leur

---

indurations squirreuses, des productions encéphaloïdes, des tumeurs fongueuses, parfois de la mélanose, etc.

abondance épuise la femme et la jette dans un état d'anhémie ou d'hydrohémie qui rappelle assez bien celui qu'on remarque dans la chlorose. Le faciès présente un aspect spécial; ce n'est pas celui qu'on observe dans les gastro-sarcomies (cancers gastriques). Dans ceux-ci, la face est en général très amaigrie dans les premiers temps. Dans le cancer utérin, au contraire, ce n'est qu'à une époque très avancée que la face devient décharnée, et pendant long-temps elle n'est remarquable que par sa teinte pâle, et quelquefois par une coloration particulière. C'est que les femmes dans ce cas, peuvent encore se nourrir, mais qu'elles perdent le plus souvent par les parties génitales une quantité notable des globules du sang.

2469. En même temps se déclarent d'ordinaire des douleurs très vives; celles-ci parfois atroces, s'étendent vers les aines ou les cuisses, (surtout si la maladie occupant la partie antérieure de l'utérus se propage aux trompes ou aux ovaires); d'autres fois, elle se porte vers les reins et les nerfs sciatiques (surtout si le mal affecte la partie postérieure de la matrice). Ces douleurs ont tout à fait le caractère névralgique, reviennent par accès et sont fréquemment accompagnées d'efforts expulsifs, plus ou moins considérables, et qui ressemblent par fois à des attaques d'hystérie.

2470. Des complications variées et plus souvent des états organo-pathologiques résultant de la résorption de la matière cancéreuse, ou de l'extension du carcinôme aux parties voisines, se prononcent vers les intestins, l'estomac, les poumons, le cerveau, etc., et viennent encore ajouter aux souffrances de la femme. Le sang se décolore; les veines sous-tégumentaires offrent parfois un aspect rosé

très clair, tout à fait en rapport avec l'état hydrohémique du sang (849). La maigreur fait des progrès et parvient parfois jusqu'au dernier degré du marasme. Le plus souvent les fonctions intellectuelles se conservent jusqu'au dernier moment. Alors même la femme est malheureusement dans cet état d'exaltation que l'on observe lorsque la matrice est stimulée d'une manière quelconque, ce qui la porte parfois à lui peindre sous des couleurs encore plus lugubres, sa position vraiment désespérante.

2471. *Métro-strumosie*, développement d'engorgemens tuberculeux, d'abcès, dans l'utérus ou dans son col. La co-existence on la préexistence de tubercules pulmonaires; l'absence de douleurs; la présence de matière tuberculeuse dans les fluides utérins; l'état de mollesse et de flaccidité du col; les ulcérations d'apparence grisâtre qu'il présente; le développement d'engorgemens sur le trajet des ganglions lymphatiques lombaires; le jeune âge de la femme; sa constitution dite lymphatique; la marche lente de la maladie; l'absence de toute circonstance propre à faire soupçonner l'existence de cancers syphylitiques, peuvent faire admettre comme probable que la maladie utérine dont il s'agit appartient à cette classe de lésions qu'on a désignées sous le nom de scrophules.

2472. *Métro-syphilidie* (affection siphylitique de la matrice). Malheureusemeut il n'est pas de caractère positif qui puisse apprendre si les rougeurs, les ulcérations, les indurations, les végétations, etc., que présentent souvent le col, et à plus forte raison le corps utérin, ont un caractère vraiment siphylitique. Ni les bords taillés à pic, ni le fond grisâtre des ulcérations, ni l'aspect des liquides

à la simple inspection, ne démontrent l'existence d'une cause vénérienne. Il serait cependant, comme traitement, bien important de la constater. La présence des vibrions de Muller et de M. Donné, que le microscope permettrait d'apercevoir, fournirait-il des données plus utiles (2377)? Celle du trico-monas serait-elle en rapport avec des écoulemens contagieux (2378)? L'inoculation du pus sur une partie des tégumens de la femme, d'après le procédé de M. Ricord, vu l'importance qu'il y a pour de telles lésions de l'utérus, d'établir un diagnostic positif, serait ici proposable. Toutefois, mieux encore peut-être, faudrait-il, dans le doute, tenter des applications locales mercurielles et un traitement anti-siphylitique, que de compromettre la santé de la malade par une inôculation nouvelle. Il n'est pas en effet démontré qu'un traitement, dit anti-siphylitique, et surtout mercuriel, fût sans efficacité dans quelques cas où il ne s'agit pas d'une affection vénérienne.

2473. Les mêmes considérations sont applicables à la vaginite et aux ulcérations vaginales siphylitiques. Nous renvoyons à divers paragraphes de ce chapitre pour la vaginorrhée (écoulemens blancs du vagin (2365), l'hémo-vanigorrhagie (hémorrhagie par le vagin) (2368), la vagino-sarcomie (cancer du vagin), etc.

2474. Terminons ce paragraphe en disant qu'il faut, dans l'inspection qu'on fait de l'utérus avec le spéculum, bien redouter de prendre certaines rougeurs de son orifice, ou certains écoulemens qui le recouvrent en santé, pour des maladies, et qu'il ne faut combattre celles-ci par des caustiques ou des opérations, qu'alors que l'indication de l'emploi de ces moyens est bien constatée.

## §. 11. *Exploration des ovaires.*

2475. *L'inspection* ne fournit des documens dans les maladies des ovaires, qu'autant qu'elles ont donné lieu à une tumeur considérable qui altère la forme du ventre. Dans ce cas, et lorsque les dimensions de la partie malade ne sont pas encore énormes, le côté affecté de l'abdomen est saillant, arrondi; ce n'est pas sur la ligne médiane, comme cela a lieu dans le cas de grossesse, que la tuméfaction a son siège, mais bien sur les côtés de celle-ci. Cette tuméfaction a d'abord lieu par en bas, et s'étend ensuite par en haut, d'une manière successive et graduée. A mesure qu'elle s'élève, l'aspect bombé du ventre devient latéralement plus saillant; le flanc correspondant s'élargit; mais alors, et presque toujours, la tumeur par en bas s'étend davantage vers la ligne médiane qu'elle ne le faisait dans les premiers temps. Il arrive un moment, par suite des progrès de la masse ovarique, où les parois abdominales sont énormément distendues; alors, pour maintenir l'équilibre, la femme doit porter en arrière la partie supérieure du tronc. Alors aussi, l'aspect général de la malade est à peu près celui qu'elle offrirait s'il s'agissait d'une grossesse parvenue à un degré avancé. Cependant, il y a presque toujours une inclinaison plus ou moins prononcée de la tumeur vers l'un des côtés, et presque constamment aussi, l'axe des parties supérieures du corps et de l'épine est plus ou moins porté en sens inverse. Il est certains cas où l'abdomen présente une dimension extraordinaire, et alors il fait en avant et en bas, une saillie très considérable.

2476. La surface de ces vastes tumeurs, vue à l'extérieur, est souvent assez unie, parce que le plus ordinairement un kyste principal les constitue; mais d'autres fois aussi, elles paraissent inégalement arrondies sur des points divers de leur étendue; elles sont évidemment lobulées, ce qui tient alors à la disposition organo-pathologique qu'elles présentent.

2477. Il arrive parfois que si l'on examine attentivement l'abdomen ainsi distendu par ces hypérovaritrophies (augmentation du volume de l'ovaire), et que si l'on fait attention aux mouvemens des parois, à l'occasion soit de l'effort, soit de la respiration, etc., il arrive, dis-je, qu'on voit certaines parties de ces parois être mobiles, se contracter, tandis que d'autres restent dans le repos. Ce sont ordinairement les régions les plus saillantes qui paraissent ainsi immobiles. Elles correspondent à la tumeur. Ce signe aurait de l'importance pour faire reconnaître le côté affecté, si la palpation et la plessimétrie ne donnaient des résultats encore plus positifs. Le procédé opératoire de la *palpation* des ovaires ne diffère en rien de celui qui a été exposé à l'occasion de l'exploration de l'utérus. Dans les cas où la tumeur que ces organes forment devient énorme, cette palpation doit être exécutée comme celle du rein (2055). Il ne suffit pas ici, cependant, de palper l'abdomen, mais il faut avoir recours au toucher par le vagin ou par le rectum, et quelquefois aussi au cathétérisme explorateur.

2478. Les ovaires et leurs annexes, dans l'état normal, ne sont pas assez volumineux pour être distingués par la palpation. Lorsque l'ensemble des symptômes porte à croire qu'ils sont enflam-

més, il arrive parfois que le toucher, pratiqué sur le côté correspondant du fond du vagin, tandis que l'autre main presse l'hypogastre, éveille une douleur assez vive et qui semble correspondre à l'ovaire. Il faut se rappeler cependant qu'un seul signe est très douteux et que la souffrance causée par cette pression peut être le résultat d'affections d'autres organes qui, tels que les gros intestins, la péritoine, etc., sont situés dans la même région.

2479. Dans les premiers temps des tumeurs ovariques, et lorsque leur volume est encore fort petit, il est le plus souvent à peu près impossible de les trouver par la palpation du bas-ventre, réunie même au toucher vaginal. Défiez-vous des petites tumeurs arrondies, inégales, fuyantes sous le doigt, que vous trouverez latéralement dans la profondeur du grand et même du petit bassin; elles sont fréquemment dues à des fécès contenus dans l'S iliaque, dans le cœcum, ou à toute autre cause organique. N'oubliez pas, dans ces cas douteux, et lorsqu'il n'existe pas de contre-indication, d'avoir recours à quelque purgatif qui puisse déterminer l'évacuation des matières que contiendrait la dernière portion du tube digestif. N'admettez pas même comme démontré qu'il ne s'agisse pas de matières stercorales endurcies, parce que vous verrez les tumeurs dont il s'agit persister encore après les selles abondantes produites par l'administration d'une substance drastique. Il arrive parfois, en effet, que les bosselures du gros intestin soient beaucoup plus prononcées qu'à l'ordinaire et forment de petites cavités dont les parois font saillie à l'extérieur, tandis que leur ouverture interne présente une sorte de col ré-

tréci. Ce sont, pour ainsi dire, des appendices comparables à celui du cœcum et dont le nombre et les dimensions sont très variables. Or, il arrive fréquemment que dans ces cavités s'accumulent des fécès qui s'y endurcissent et y séjournent, bien que les malades aient rendu des matières plus ou moins molles et même liquides. Dans un cas pareil, observé à la Salpêtrière, il y avait plus d'une vingtaine de ces appendices qui contenaient chacun une petite masse stercorale endurcie. Le colon était cependant vide, et il y avait eu des substances molles rendues par les selles dans les jours qui précédèrent la mort.

2480. Toutefois, de tels cas sont rares. Le plus souvent, lorsque le doigt, introduit dans le rectum, n'y trouve pas de fécès indurés, lorsque des purgatifs ont été pris et qu'il reste encore des tumeurs dans les régions ovariques, il n'est guère supposable que celles-ci puissent être produites par des matières stercorales.

2481. A mesure que la masse de l'ovaire malade s'accroît, la palpation la découvre avec plus de facilité et donne des résultats analogues à ceux que fournit le toucher hypogastrique et vaginal de l'utérus (2317). Voici cependant quelques circonstances qui sont importantes à noter, parce qu'elles peuvent éclairer le diagnostic des tumeurs ovariques. 1° On constate souvent, par la palpation vaginale et hypogastrique réunies, que le corps senti sous la main ou par le doigt, est séparable de la matrice, et peut en être distingué; 2° les mouvemens que l'on imprime à l'utérus par le vagin, ne sont pas alors communiqués à l'utérus palpé dans le bassin; 3° il y a souvent une grande mobilité de la tumeur ovarique qui lui permet de

glisser facilement dans l'abdomen (bien entendu que cela n'a pas lieu dans une foule de cas où cette tumeur a contracté des adhérences avec les parties voisines); 4° la surface en est fréquemment bosselée et semble constituée, comme elle l'est souvent en effet, par des masses globuleuses juxtà-posées, etc.; 5° presque toujours le développement de la masse engorgée se fait latéralement au fond de l'utérus.

2482. Plus tard, si la nature de la tumeur est telle qu'elle ait une grande tendance à s'étendre, elle finit par envahir une grande partie de l'abdomen; on sent de plus en plus cette masse devenue volumineuse, et c'est de bas en haut, comme nous l'avons déjà dit pour l'inspection, que cet accroissement s'opère. Alors on sent manifestement s'il s'agit d'un kyste unique, ou au moins d'un kyste principal, un globe à surface unie, très analogue à celui que, dans une grossesse avancée, présente l'utérus dilaté. D'autres fois, si des tumeurs nombreuses agglomérées constituent la masse malade, on les distingue avec facilité, et si leur dureté est variable en divers points, on peut encore constater ces variations de consistance. Il est des cas où ces tumeurs sont fort molles; d'autres où leur densité est extrême, et cela a lieu généralement ou partiellement.

2483. *La fluctuation* est souvent observée dans les kystes ovariques, surtout lorsque les liquides que renferment ceux-ci sont très séreux. M. Rostan a donné depuis long-temps le conseil de rechercher la fluctuation, non pas d'un côté à l'autre de l'abdomen, mais dans le sens de l'un des diamètres de la tumeur, et, par exemple, dans celui qui s'étendrait de l'hypogastre au flanc du

côté malade. Il arrive parfois que la fluctuation est ici très obscure, parce que le fluide contenu présente une grande viscosité ou offre même une consistance pâteuse. D'autres fois, le flot existe sur certains points de la masse malade, et ne se fait pas remarquer sur d'autres : c'est qu'alors il s'agit de tumeurs composées de plusieurs kystes ou tissus réunis. C'est ici le cas d'employer le procédé de la fluctuation périphérique, et on ne peut mettre assez de soin dans les recherches que l'on fait pour constater, par la palpation, les caractères que présentent les divers points de ces masses engorgées.

2484. *La percussion plessimétrique*, dans les maladies de l'ovaire, donne des résultats fort analogues à ceux dont il a été fait mention à l'occasion des tumeurs du rein (2066), de la vessie (2207), de la matrice, etc., etc. Son procédé opératoire ne diffère pas non plus de celui qui convient lorsqu'il s'agit de ces organes. Nous noterons seulement les particularités suivantes :

2485. 1° Dans l'état normal, la plessimétrie ne découvre, dans le bassin, aucun son en rapport avec la présence des ovaires, parce que ces organes ont trop peu de volume pour en fournir qui leur soit propre ; — 2° dans les hyper-ovaritrophies (hypertrophie des ovaires) encore peu considérables, et lorsqu'elles n'excèdent pas le volume d'un pouce à un pouce et demi de diamètre, il nous a paru à peu près impossible de constater par la percussion, l'existence d'une semblable affection ; — 3° lorsque les tumeurs ovariques acquièrent une plus grande dimension, il se peut faire que l'on trouve, *latéralement* et profondément dans le petit bassin, ou vers le détroit supérieur,

de l'obscurité dans le son, ou même un certain degré de résistance au doigt ; mais il serait bien difficile, à coup sûr, de décider exclusivement par ces caractères ( et alors même que l'on aurait constaté l'état de vacuité de la vessie ou du rectum ) qu'il s'agisse plutôt d'une affection de l'ovaire que de quelque lésion de la matrice ou des autres organes pelviens ; — 4° le toucher, réuni à la percussion, contribuerait puissamment ici à éclairer le diagnostic ; — 5° lorsque les hyperovaritrophies sont plus considérables et qu'elles s'élèvent dans l'hypogastre, alors la percussion y trouve des caractères plessimétriques en rapport avec leur texture ; — 6° presque toujours, c'est *latéralement* à la ligne médiane, *ou du moins plutôt d'un côté que de l'autre*, que se présentent les nuances de dureté en rapport avec la présence de la tumeur ovarique. Dans la cystiectasie, dans l'hypermétrotrophie, la matité se rencontre principalement sur cette ligne médiane, et s'étend à peu près également de chaque côté. L'hypernéphrotrophie, se retrouve plus haut que les tumeurs ovariques et un espace plus ou moins étendu où se rencontre un son intestinal, existe dans le premier cas, vers la fosse iliaque du côté correspondant. Cette dernière circonstance n'a presque jamais lieu dans l'hyperovaritrophie, et c'est surtout inférieurement que le son fourni par celle-ci offre de la matité ; — 7° on peut tracer autour des tumeurs ovariques, à l'aide des changemens de son donnés par la plessimétrie, des espaces arrondis, ovoïdes, circulaires, piriformes, découpés irrégulièrement, etc., et ces formes correspondent à la configuration de la partie malade ; — 8° par des moyens analogues, il est possible d'assigner exactement les rapports des

tumeurs ovariques et des divers organes abdominaux; — 9° on distingue très bien l'hyperovarirophie, quelque soit son volume, de l'hydropéritonite, par le déplacement du lieu occupé par la matité, bien que la position du corps de la malade change; — 10° on la distingue encore en ce que souvent, dans le coucher sur le côté, existe, sur les flancs et vers les fosses iliaques situées plus bas que la tumeur, une sonoréité et une élasticité très marquées, en rapport avec la présence de l'intestin; — 11° lorsque les masses ovariques sont formées par des tissus divers (kystes, squirrhe, matière encéphaloïde crue ou ramollie, productions cartilagineuses ou ossiformes, etc.), comme cela a lieu si fréquemment, on trouve que la tumeur offre, sur des points divers, des degrés de matité, de dureté, etc., en rapport avec l'existence de ces productions anormales; 12° lorsque, au contraire, toute la partie malade est formée par un simple élément organo-pathologique (un kyste, par exemple), alors les caractères plessimétriques sont à peu près partout les mêmes; — 13° la percussion, tout aussi bien, et mieux encore que la palpation, fait trouver, dans les kystes généraux ou partiels de l'ovaire, le frémissement produit par les acéphalocystes, alors que ceux-ci y existent; — 14° s'il arrive qu'une anse intestinale rampe sur la tumeur et y décrive des circonvolutions, la plessimétrie fait découvrir cet intestin à l'aide du son tympanique qu'il fournit, et permet d'en dessiner la forme et les rapports (1); — 15° par la plessimé-

(1) Cette considération est majeure dans le diagnostic des états organo-pathologiques de l'ovaire hypertrophié; car si l'on avait l'intention d'avoir recours à quelque opération chirurgicale, il serait indispensable

trie, surtout lorsqu'on y joint la mensuration, on juge très bien des divers degrés de développement que présente successivement la masse hypertrophiée; si jamais on parvenait à trouver des moyens pour diminuer celle-ci, la percussion pourrait encore fournir la mesure de cette diminution; — 16° si des gaz sont abondamment contenus dans l'intestin, si des liquides s'accumulent dans le péritoine, la plessimétrie permettra de reconnaître ces complications, etc.

2486. *La mensuration* des tumeurs ovariques se pratique absolument comme celle de l'hypermétrotrophie et à l'aide des mêmes moyens (2359). On peut noter encore ici, comme mesure, le degré de saillie que fait la partie antérieure de la masse engorgée au-dessus de la ligne sterno-pubienne (1659). On doit aussi tenir compte de l'étendue, de la circonférence de l'abdomen et du diamètre de celui-ci. Il est peut-être de quelque utilité de noter en avant, sur la ligne blanche, et en arrière sur les épines lombaires, les points correspondans aux lignes médianes antérieure et postérieure : on compare alors la distance qui sépare ces deux points du corps. De cette sorte, on a un assez bon moyen pour savoir si le ventre est plus développé d'un côté que de l'autre. Dans la même intention, on tient compte de l'étendue qui existe à droite et à gauche, entre le rebord thoracique

---

de commencer par s'assurer des points où l'intestin se trouve placé. Il m'est arrivé cinq à six fois à la Salpétrière, où se rencontrent fréquemment des maladies de l'ovaire, d'avoir dessiné pendant la vie, et avant l'ouverture cadavérique, les rapports d'une portion de l'intestin située entre la masse engorgée et les parois, et de constater par la nécroscopie toute l'exactitude du diagnostic.

et la crête de l'os des îles. Ainsi, l'on a bien des moyens de savoir si les tumeurs de l'ovaire augmentent ou diminuent! Malheureusement, leur emploi conduit presque toujours à ce triste résultat : de savoir que la maladie augmente, lentement il est vrai, mais d'une manière constante. Dans des cas très rares, elle reste stationnaire ; ce sont des exceptions à tout ce qu'on voit, que d'observer leur décroissement. Ce qu'on mesure ici, non moins positivement que la tumeur, c'est l'impuissance de l'art à la guérir.

2487. *L'auscultation* n'a, jusqu'à présent, rien appris d'important dans les maladies des ovaires ; seulement, dans le cas de grossesse extra-utérine, ayant son siége dans ces organes, comme dans toute autre partie de l'abdomen, elle pourrait faire reconnaître les battemens du cœur du fœtus ou le bruit placentaire. N'oublions pas que certaines tumeurs ovariques, contenant de gros vaisseaux, ou étant partiellement le siége d'une circulation très active, ou encore comprimant des artères volumineuses, pourraient offrir le bruit de souffle, et qu'il serait important de ne pas le prendre pour celui que produit le placenta ou que cause une tumeur anévrysmale.

2488. *Signes physiologiques.* Les maladies des ovaires sont en général fort peu connues. A peine les médecins s'en occupent-ils. Cela vient sans doute de la profondeur à laquelle ces parties sont situées, de l'obscurité de leurs signes fonctionels et de l'identité de la plupart des symptômes que produisent leur souffrance avec les phénomènes auxquels donnent lieu les diverses nuances de métropathies. Il ne faudrait pas cependant penser que l'étude des affections ovariques soit dépourvue

d'utilité pour la science et pour l'humanité. L'anatomie démontre que les altérations pathologiques de l'ovaire sont extrêmement communes, qu'ils s'hypertrophient très fréquemment, qu'il s'y développe souvent des indurations, des kystes, etc. D'un autre côté, une infinité de femmes souffrent profondément dans les régions iliaques, et il semble que dans beaucoup d'hystéries, les symptômes primitifs partent des ovaires. A l'époque où ceux-ci se développent (celle de la puberté), survient fréquemment une hydrohémie spéciale, désignée sous le nom de chlorose; lorsqu'ils s'atrophient ou qu'ils cessent d'exécuter les fonctions spéciales qui leur sont départies, des accidens nerveux se déclarent. Entrez successivement dans une salle d'hôpital, où des femmes sont rassemblées, et dans une autre où se trouvent des hommes : observez ces malades, et tout d'abord remarquez combien l'aspect général des maladies différera des deux côtés. Remarquez combien sera grand, dans le premier cas, le nombre des affections mal déterminées, *nerveuses*, pour me servir de l'expression reçue, et combien il sera faible dans le second. Questionnez, et vous reconnaîtrez souvent que les ovaires ne sont pas sans quelque influence sur les symptômes spéciaux que les femmes vous offriront.

2489. La plupart des phénomènes produits par la souffrance des ovaires sont analogues à ceux auxquels l'utérus donne lieu, avec quelques différences qui, pour éviter d'inutiles répétitions, seront les seules sur lesquelles nous insisterons.

2490. Les douleurs des ovaires ont profondément leur siége dans les côtés du bassin ; elles sont sourdes, énervantes, s'étendent vers la région rénale,

et augmentent souvent par la pression du lieu où l'anatomie apprend que ces organes sont placés. Le toucher vaginal ou rectal, pratiqué profondément et latéralement, surtout s'il est combiné avec la palpation hypogastrique, peut, dans certains cas, les exaspérer; à moins qu'elles ne s'étendent à la matrice, il n'y a plus ce besoin de pousser que la femme éprouve lorsqu'il s'agit d'une métropathie. C'est surtout ici que les douleurs reviennent par accès, et deviennent plus fortes à l'approche des règles. Elles se propagent très souvent aux plexus rénal et hépatique; de là, ces souffrances vives que les femmes ressentent si souvent dans l'un et l'autre côté, souffrances qu'on ne retrouve pas sur les hommes, et qui sont parfois excessives : c'est le globe hystérique de certains auteurs. D'autrefois encore, la douleur s'étend plus haut, et correspond aux rameaux nerveux du sein gauche, au plexus brachial, au nerf cubital, et donnent lieu à des accès névralgiques qui, vers minuit, deviennent parfois intolérables. C'est enfin la névralgie thoraco-brachiale qui se dessine alors. Comme les battemens du cœur éveillent alors des souffrances plus vives, on a, très à tort, considéré des cas semblables comme des cardiopathies, et on leur a donné le nom d'angine de poitrine. Ici, du reste, cette affection est symptômatique des ovaripathies. Nous verrons dans le troisième volume de cet ouvrage qu'elle peut être d'autres fois primitive, et qu'elle se déclare assez fréquemment sur les hommes. Il est enfin très ordinaire de voir la boule hystérique, l'état cérébral qui suit cette sensation, et les contractions spasmodiques qui lui succèdent, se déclarer à la suite de douleurs dont l'ovaire a été visiblement

le point de départ. Cette réflexion n'est pas sans importance, car il se peut faire que plus d'une attaque d'hystérie, dont la source primitive n'est pas appréciable dans l'utérus, ait son point de départ dans l'ovaire. Ce qu'il y a de certain, c'est que beaucoup de femmes dites nerveuses, accusent une douleur sourde dans les régions ovariques, et qu'en pressant sur celles-ci dans certaines attaques d'hystérie, on exaspère les symptômes spasmodiques.

2491. Les hydro-ovariectasies (hydropisies des ovaires), ne sont pas douloureuses par elles-mêmes. Il en est ainsi d'un bon nombre d'autres tumeurs ovariques qui ne paraissent souvent être que des œufs dégénérés, avortés, ou transformés. Il est des ovari-sarcomies (cancers de l'ovaire), qui sont même assez peu douloureuses; le plus souvent, les souffrances que produisent les tumeurs considérables des ovaires sont dues à leur poids et à leur masse qui comprime les parties voisines et les nerfs abdominaux. On se demande pourquoi ces organes qui, d'après ce que nous avons dit précédemment, paraissent très sensibles dans d'autres cas, le sont si peu dans de telles circonstances; mais la raison de ce fait se tire de l'anatomie pathologique, qui démontre que, dans les tumeurs ovariques, le tissu primitif est entièrement détruit, comprimé, métamorphosé, et ne peut donner lieu aux mêmes sensations que dans l'état normal. Ce sont des produits presque étrangers à la femme, comparables aux œufs non fécondés des oiseaux qui se développent ainsi, et il n'est pas surprenant qu'ils ne causent d'autres souffrances à la malade, que celles qui résultent de leur volume et de leur pesanteur.

2492. Ainsi que l'utérus, les ovaires peuvent altérer les fonctions des divers appareils :

2493. 1° Par des influences mécaniques, et ce que nous avons dit de l'utérus très distendu (1424) trouve ici son application. Remarquons seulement un fait : c'est que les hyper-ovaritrophies peuvent acquérir un énorme développement sans altérer la respiration et la circulation autant qu'on serait, de prime abord, porté à le croire. La raison de ceci est facile à saisir : le développement de ces tumeurs est très lent; les parois abdominales se distendent outre mesure; les côtes se dilatent, l'organisme enfin s'accomode à cette nouvelle condition de l'abdomen; s'il arrivait qu'une distension moitié moindre de celle qu'on observe dans certains de ces cas, vint à se déclarer d'une manière prompte, la mort en serait une rapide conséquence.

2494. 2° par des troubles de circulation. Nous ajouterons seulement quelques réflexions à ce qui a été dit pour l'utérus. Les ovaires semblent porter, comme nous l'avons déjà dit, sur l'hématose, une influence spéciale. C'est, en effet, à l'époque voisine de la première menstruation, que se développe le plus souvent la chlorose. La jeune fille éprouve alors fréquemment des douleurs ovariques et l'on voit certaines femmes atteintes d'hydrohémie souffrir constamment de la région occupée par les ovaires. Parmi les cas de ce genre qu'il me serait facile de citer, je parlerai seulement d'une dame aussi remarquable par son esprit que par ses grâces, et qui, atteinte de névralgies insupportables et d'une décoloration extrême du sang, éprouve profondément dans la région iliaque droite des douleurs constantes, et quelquefois intolérables. — Les carcinômes ovariques très volumineux influent infini-

ment moins sur la santé que ne le font des cancers situés ailleurs et beaucoup plus petits. La raison de cette différence viendrait-elle de ce que les tumeurs ovariques sont en partie étrangères à la femme, dépendent d'œufs altérés, et que la circulation qui s'y passe a quelque chose de spécial qui établit une absence de rapports directs entre la masse affectée et le sang de la malade?

2495. 3° Quant aux influences nerveuses des ovaires sur l'organisme, nous n'avons rien à ajouter à ce qui a été dit des métralgies (2391, 2490) et des douleurs de l'ovaire.

## DIAGNOSTIC

### SPÉCIAL ET COMPARATIF DES ÉTATS ORGANO-PATHOLOGIQUES DES OVAIRES.

2496. *Ovaripathie*, (souffrance de l'ovaire considérée en général).

2497. *Ovarite* (inflammation de l'ovaire). Ses caractères se tirent de la douleur qui correspond à la région qu'occupe cet organe (2478), de l'exagération de celle-ci, lors des palpations hypogastrique, vaginale ou rectale (2478), des tumeurs que les moyens précédens et la percussion peuvent découvrir (2484), enfin aux phénomènes fonctionnels qui se déclarent dans les autres organes (2488).

2498. *Hyper-ovaritrophie*, (augmentation dans le volume de l'ovaire); *hydro-ovarectasie*, (distension de l'ovaire par des liquides, kystes ovariques); *ovarisarcomie*, (cancer de l'ovaire); voyez pour ces diverses affections les numéros 2479, 2485, 2486, 2491, où le diagnostic de ces tumeurs est établi.

2499. *Ovaralgie, dysovarinervie;* (douleurs, trouble dans l'action nerveuse de l'ovaire); voyez aussi les numéros 2390, 2490, où sont tracés les caractères de ces importantes névralgies, qui souvent présentent tous les phénomènes de l'hystérie.

## §. 3. *Exploration des organes génitaux de l'homme.*

2500. L'étude diagnostique des organes génitaux de l'homme est entièrement dans le domaine chirurgical : notons seulement les particularités suivantes.

2501. L'inspection, la palpation, la pression, les moyens de constater la transparence, la fluctuation, sont généralement employés pour reconnaître la nature des tumeurs des bourses ; on ne se sert pas assez pour ces affections de la percussion plessimétrique. Quelques chirurgiens se contentent de donner une légère chiquenaude sur la masse malade, et croient en avoir alors assez fait pour savoir s'il ne s'y trouverait pas une anse d'intestin. Ici comme ailleurs, la plessimétrie présente de l'utilité. Voici quelques unes de ses applications.

2502. 1° Dans l'hydrocèle simple il y a moins de résistance au doigt, et un son moins sec que dans le sarcocèle; — 2° dans les tumeurs du scrotum constituées par divers élémens anatomo-pathologiques, on trouve sur des points divers, des nuances de matité ou de résistance au doigt en rapport avec la texture de ces parties; — 3° dans le cas où des portions du tube digestif se trouvent engagées dans l'anneau et descendent jusque dans les bourses, on y constate leur présence par la plessimé-

trie. C'est ainsi qu'un son tympanique plus ou moins clair se fait entendre sur la tumeur alors que des gaz sont contenus dans les anses intestinales; — 4° quand celles-ci renferment des liquides et des fluides élastiques, le bruit humorique se fait entendre; — 5° quand les intestins herniés sont complètement remplis de matières, à des degrés variables de consistance, la tumeur est mate sur tous les points de son étendue; — 6° si l'on vient à des heures différentes et si la sonoréité revient après s'être dissipée, ou disparaît après avoir été obtenue, on en peut déduire que le cours des matières dans l'intestin n'est pas suspendu; — 7° si, sur une vaste tumeur, on trouve un point sonore tandis que tous les autres offrent de la matité, de deux choses l'une : ou c'est une hernie dans laquelle les viscères sont presque partout remplis de fécès et ne sont vides que sur un point, ou il y a coëxistence de la présence des intestins et d'une autre maladie des bourses. — 8° Si par des manœuvres de taxis, on voit l'espace occupé par la sonoréité s'étendre, il est évident que l'on vide les intestins des matières qu'ils contenaient, et que des gaz prenant leur source de l'abdomen, les remplacent. — 9° De cette sorte, même dans les plus vastes tumeurs des bourses, on peut constater que toute la masse est constituée par des anses intestinales. — 10°. Lorsque l'on parvient ainsi à faire cheminer les matières dans les viscères engagés dans une hernie scrotale, et que la plessimétrie en fournit la preuve, il est évident qu'il ne faut pas opérer une hernie engouée. — 11°. Si, lorsque l'on a trouvé qu'une tumeur du scrotum est partout très sonore, on fait prendre une injection abondante par l'anus, et si du bruit humo-

rique ou de la matité remplacent le son tympanique, c'est le gros intestin qui est engagé dans la tumeur. — 12°. Si ces nouveaux caractères plessimétriques succèdent rapidement après l'injection à ceux qui existaient précédemment, il y a lieu de croire que c'est l'S iliaque du colon ou au moins le colon gauche qui se trouve dans la hernie. — 13°. Si ces mêmes caractères ne se manifestent qu'après un certain temps, et à la suite d'injections fort abondantes, il y a lieu de penser que le colon droit ou le cœcum sont contenus dans la tumeur. — 14°. Dans un cas, MM. Fabre, Bergeon et Marcus, en faisant prendre des alimens ou des boissons à un malade dont les bourses énormément distendues, donnaient lieu à de la sonoréité, y produisirent promptement la matité par la percussion. On en déduisit que la hernie contenait une portion de l'estomac. (Procédé opératoire n° 311.) — 15°. M. Amussat détermina le siége qu'occupait le testicule dans une hernie, en trouvant de la matité sur le point qui correspondait à cet organe, tandisque les autres parties de la tumeur étaient sonores. — 16°. S'il y a coexistence d'une collection séreuse dans le sac herniaire et d'une hernie, il arrivera qu'en déplaçant le malade, le liquide gagnera les parties déclives de la tumeur, et que le plessimètre permettra de constater la présence de celui-ci, soit par la matité inférieurement placée, soit par la ligne de niveau qui la limitera par en haut, soit enfin par le bruit humorique. — 17°. Lorsque le tissu cellulaire des bourses, très enflammé et très tendu, est en même temps très sonore à la percussion, il contient de l'air, et la source de celui-ci, peut provenir d'un abcès à la marge de l'anus (1780), d'une hernie dans laquelle l'in-

testin se serait perforé, ou d'escharres qui se seraient formées dans le sac herniaire et auraient donné passage au gaz. — 18°. S'il arrivait qu'une tumeur des bourses, constituée par une hernie congénitale, après s'être étranglée et avoir été très peu sonore, le devint tout-à- coup à un haut degré, il faudrait craindre que l'intestin ne se fût gangrèné et que des gaz ne se fussent dégagés en grande abondance et accumulés dans la tunique vaginale. — 19e. Les mêmes considérations sont entièrement applicables au sac herniaire contenu dans les bourses, etc. — 20°. Lorsqu'il y a coexistence d'une hydropéritonie et d'une hernie inguinale congénitale, la percussion permet de suivre le déplacement des liquides soit de la tumeur des bourses dans l'abdomen, soit réciproquement, etc, etc.

2503. Ces propositions pourraient encore être étendues. Elles reposent pour la plupart sur des faits observés, et les autres sont aussi établies sur des analogies presque aussi positives que si l'observation directe les avaient sanctionnées. Nous avons publié dans le *Bulletin clinique*, n° 68, l'observation du lord comte de Devon, qui est un des plus remarquables exemples que je posséde des heureuses applications de la plessimétrie au diagnostic et par suite à la thérapeutique des tumeurs du scrotum. Il y a lieu d'espérer que les chirurgiens s'occuperont désormais un peu plus qu'ils ne l'ont fait jusqu'ici, de la plessimétrie appliquée à l'étude des maladies externes. Les tumeurs des bourses sont souvent si obscures, et il est si important d'en établir positivement le diagnostic, que ce serait un grand tort que de négliger un des moyens qui peuvent l'éclairer. On avait pris pour un hydrocèle, la hernie scrotale du comte de Devon, et en pro-

vince, on avait été sur le point d'y plonger un trocart : heureusement que le malade s'y était refusé. La percussion n'aurait pas permis de l'exposer à une semblable bévue, qui eût probablement été suivie des résultats les plus funestes.

2504. *L'auscultation* fait reconnaître dans les hernies scrotales les bruits qui résultent, de la présence des gaz qui passent d'un point de l'intestin vers un autre, et le gargouillement que causent les mouvemens imprimés à ce viscère hernié lorsqu'il contient des liquides et des gaz, etc.

2505. *Signes physiologiques*. Les testicules sont, dans l'état normal, doués d'une extrême sensibilité qui est encore singulièrement exagérée dans certaines maladies de ces organes. La plupart des lésions dont ils sont le siége sont éminemment douloureuses, et le propre de ces sensations pénibles, est de se propager avec une extrême intensité et un caractère névralgique vers le cordon, les plexus rénaux et les centres nerveux. On sait que la pression des testicules portée un peu loin, cause une si vive souffrance, qu'elle semble paralyser les forces de l'homme le plus robuste. Il en arrive ainsi, mais à moindre degré dans la *didymite*, quelle que soit sa cause, et spécialement dans celle qui suit ou accompagne l'urèthrite. Il se passe ici bien souvent des phénomènes du même genre que ceux qui ont lieu pour les ovaires, et de la même manière que l'on voit sur la femme des attaques d'hystérie partir de ces derniers organes, et s'étendre avec une grande rapidité vers les centres nerveux ganglionaires et cérébro-spinal, et y décider des troubles fonctionnels très graves, ainsi observe-t-on sur l'homme que les didymopathies (souffrance du testitule), se propagent vers les plexus du nerf

trisplanchniques, et vers le cerveau ou ses dépendances.

2506. Quelquefois les douleurs du testicule ont un caractère de battemens, d'élancemens fort différent du précédent. Cela a surtout lieu lorsque l'organe, d'ailleurs enflammé, est maintenu dans le repos ; et bien qu'il y ait souvent un retentissement de la douleur jusque dans la région lombaire, ce n'est guère qu'à l'occasion des mouvemens imprimés à la partie malade ou des pressions que les accidens névralgiques se reproduisent.

2507. Il ne faut jamais oublier que les douleurs testiculaires sont quelquefois assez légères ou même presque nulles, tandis que celles qui en sont le résultat et qui se font sentir dans les reins sont infiniment vives. Aussi, toutes les fois qu'un malade se plaint d'éprouver des douleurs lombaires dont la source évidente n'est pas dans les muscles, les os, les glandes sécrétoires de l'urine, etc., il ne faut pas oublier de s'enquérir s'il ne souffre pas des testicules ; s'il ne s'est pas épuisé par des excès vénériens ; s'il ne porte pas quelque engorgement dans l'épidydime, et (si c'est un très jeune homme ou un vieillard), s'ils n'éprouvent pas d'autres symptômes qui concourent à faire croire que la puberté s'établit ou que les fonctions reproductrices vont cesser de s'accomplir.

2508. Remarquez que les phénomènes précédens sont encore tout-à-fait analogues à ceux que l'on observe sur la femme, par suite de la métropathie et de l'ovaripathie. C'est que ce sont les mêmes nerfs dont il s'agit dans les deux cas ; c'est que des mêmes extrémités partent les sensations ; c'est que la même progression a lieu par des plexus identiques. Aussi, quand on a cru faire une

objection sérieuse à ceux qui ont établi que l'hystérie avait son point de départ dans l'utérus ou les ovaires, en disant que l'homme en était aussi atteint, n'a-t-on pas réfléchi à la manière dont se développe le fœtus, à l'identité primitive des sexes, à la similitude des nerfs des organes génitaux. Seulement sur l'homme les phénomènes névralgiques prennent leur source, dans ces cas, du testicule ou des nerfs génitaux ; tandis que sur la femme, ils proviennent de l'utérus, des ovaires, ou des plexus qui y correspondent. Pour la femme il s'agit d'une métralgie ou d'une ovaralgie, et pour l'homme d'une didymalgie ou d'une névralgie des plexus spermatiques. On sait du reste combien les symptômes hystériques sont rares dans le sexe masculin, et qu'ils se déclarent le plus souvent, comme j'en ai vu des exemples, à la suite d'excitation des organes génitaux, d'amour contrarié ou porté à l'excès, etc.

2509. Les douleurs du testicule sont aussi parfois la conséquence de la souffrance des organes qui ont avec les plexus spermatiques de nombreuses communications. C'est ainsi que les uretères et surtout les reins, alors qu'ils sont le siège d'une affection même obscure, donnent souvent lieu à une didymalgie extrêmement vive. Celle-ci est quelquefois portée au point que les testicules sont tirés par en haut par suite de la contraction des muscles crémasters. C'est du côté du rein malade que se manifeste ce remarquable symptôme; et c'est même là un des principaux phénomènes propres à distinguer le côté vers lequel la maladie a son siège. Tout récemment encore M. le docteur Barraud de Passy et moi, nous avons observés, sur un malade, des douleurs intenses des testicules,

qui n'étaient explicables par aucune lésion appréciable de cet organe rétracté vers l'abdomen. Ceci nous conduisit l'un et l'autre à examiner le rein, et nous reconnûmes, par la percussion médiate, que cet organe était de ce côté sensiblement plus développé que celui du côté opposé.

2510. C'est probablement par une relation nerveuse du même genre que dans les maladies de la vessie, la douleur se fait principalement sentir au bout du gland; nous avons déjà parlé ailleurs de ce phénomène (2236), et y revenir ici serait faire d'inutiles répétitions.

2511. Les affections du testicule donnent lieu dans les autres organes, à plusieurs troubles fonctionnels que le médecin doit connaître et dont il doit tenir compte dans les maladies.

2512. N'oubliez pas d'abord ces accidens encore locaux qui dépendent de la sortie tardive de cet organe par l'anneau inguinal. Rappelez-vous que sur un enfant et même sur un adulte, une tumeur médiocrement volumineuse, située vers cette partie, accompagnée de douleur, ne contenant pas de gaz, développée lentement, peut dépendre de la présence du testicule sur le point que vous examinez. N'oubliez pas que les hoquets, les vomissemens, les dérangemens de digestion peuvent être, quoique très rarement, la conséquence de cet état organo-pathologique; et surtout rappelez-vous bien que le moyen de reconnaître cette affection, est d'examiner le scrotum, à l'effet de savoir si les deux testicules sont descendus dans les bourses, et de constater si l'un d'entre eux n'est pas encore resté engagé dans l'anneau ou dans le canal inguinal. Que de fois, faute de cette connaissance, n'a-t-on pas commis la grave et ridicule méprise de faire

appliquer un brayer sur la glande spermatique enflammée et douloureuse.

2513. A l'époque de la puberté, il se passe sur l'homme, dans l'économie, un changement des plus remarquables, qu'il faut bien attribuer, en partie au moins, à l'influence qu'exerce sur l'organisme le testicule qui commence à entrer en fonctions. C'est à la physiologie à traiter des changemens qui surviennent alors dans les traits, le système pileux, les appareils respiratoires, circulatoires et surtout dans la voix. Bornons-nous seulement à faire remarquer qu'à cette époque de la vie, les affections du larynx sont fréquentes; que souvent survient un enrouement qu'il ne faudrait considérer comme pathologique, qu'autant qu'il persisterait ou parviendrait à un haut degré de développement. Ajoutons qu'à cette époque aussi, les phlegmasies du poumon sont fréquentes; que des troubles circulatoires surviennent fréquemment, et qu'il faut prendre garde de considérer comme des cardiopathies graves, et surtout comme des endocardites ou des cardites, certaines palpitations qui se déclarent à la puberté.

2514. Les souffrances aiguës des testicules peuvent être accompagnées de troubles dans la circulation, tels que la fréquence et la force du pouls, des battemens insolites du cœur, etc. Par suite des maladies chroniques dont ces organes peuvent être atteints, et surtout de leur carcinôme, surviennent des engorgemens lymphatiques ou des angiolymphites qui ont une grande tendance à se propager aux divers ganglions abdominaux et au tissu cellulaire sous-péritonéal. C'est principalement, en effet, à la suite de la didymo-sarcomie (sarcocèle, cancer du testicule), que l'on voit se

manifester ces énormes tumeurs carcinomateuses qui envahissent, non seulement les glandes lymphatiques, mais encore une grande partie du tissu sous-séreux (1). Aussi, lorsque l'on rencontre sur un malade une tumeur cancéreuse du testicule, faut-il bien rechercher s'il n'existe pas, dans l'abdomen, quelque lésion du même genre.

2515. Il arrive à l'époque de la puberté sur l'homme même (quoique cela soit beaucoup plus ordinaire pour la femme), que les glandes mammaires grossissent, semblent s'indurer, et il faudrait se donner garde de concevoir de l'inquiétude sur l'issue d'un tel état organique. Cet accident se dissipe de lui-même, et bien qu'il y ait de la dureté circonscrite et des douleurs, ce n'est pas alors le moins du monde d'une affection cancéreuse qu'il s'agit. Cet accident est l'effet de la relation intime existant entre les parties génitales et les glandes mammaires, et cette circonstance est une preuve de plus de l'analogie qui, pour les deux sexes, existe entre les influences nerveuses qu'exercent les organes génitaux sur les divers appareils organiques.

2516. A l'époque de la puberté, et lorsque le testicule commence à exercer ses fonctions, le système nerveux et le cerveau sont sensiblement modifiés. Alors le caractère de l'homme se dessine; les goûts, les habitudes, les gestes prennent une nouvelle direction ou une expression qu'ils n'avaient pas auparavant. C'est la virilité qui succède à l'enfance. Lorsque les fonctions génitales cessent

---

(1) On trouve dans les cabinets de la Faculté une pièce modelée en cire, par Dupont, d'un cas très curieux de ce genre, modelée d'après une pièce que je lui ai remise et dont je possède l'observation.

de s'accomplir, le corps s'affaiblit, l'énergie cérébrale diminue et, au physique comme au moral, il y a une progression marquée dans le décroissement. Or, dans les circonstances pathologiques, on observe des phénomènes du même genre. La destruction, l'ablation des testicules sont suivies de changemens dans la voix, qui devient moins pleine et plus aigre, de faiblesse dans les muscles, de défaut d'énergie intellectuelle, et. L'amputation de la verge cause même aux vieillards, depuis long-temps impuissans, un profond chagrin. — La stimulation trop répétée des organes génitaux, rend plus irritable et dispose d'avantage l'homme aux maladies dites nerveuses, et principalement aux troubles dans le rhythme du cœur (dyscardionervies, palpitations). Il est bon de tenir compte en diagnostic de ces influences du testicule sur l'organisme.

2517. A la suite des évacuations de sperme trop abondantes, de la stimulation répétée de l'acte vénérien, de la masturbation surtout, on voit souvent ceux qui s'y sont livrés, être jetés dans un état de faiblesse générale des plus marqué; les membres sont amaigris, les tissus pâles, les facultés intellectuelles languissantes. Souvent, la pneumo-strumosie (phthisie pulmonaire) se manifeste à la suite de bronchites qui, pour d'autres, ne seraient pas graves. On ne voit que trop souvent de semblables accidens survenir à de jeunes garçons. Que le médecin n'oublie donc pas, lorsqu'il sera consulté pour des sujets semblables, de s'informer s'ils n'ont pas contracté de mauvaises habitudes; mais qu'il le fasse avec prudence; qu'il y mette la circonspection requise; que ses questions n'en apprennent pas plus que l'on n'en sait;

qu'il ne veuille pas à toute force, parce qu'il voit un pauvre enfant débile et maigre, attribuer à la masturbation une faiblesse qui peut être le résultat de toute autre cause, etc. Il n'est que trop souvent arrivé qu'on ait beaucoup tourmenté, sous ce rapport, de jeunes sujets qui n'avaient pas le défaut qu'on leur reprochait; mais dont la taille avait pris un accroissement trop rapide.

2518. Lorsque des abcès froids se manifestent à l'aine; lorsqu'ils ont été précédés de douleurs prélombaires, ou même lorsque celles-ci existent fréquemment sur un jeune homme, il est utile de s'enquérir si le malade ne s'est pas livré aux excès vénériens et surtout à la masturbation. On sait, en effet, que les abcès dans les muscles psoas, la carie ou des tubercules des vertèbres, suivent fréquemment ces excès et occasionnent des abcès par congestion qui, le plus souvent vont se prononcer à l'aine ou à la cuisse.

2519. A l'occasion de l'état général de la circulation, des proportions de sang qui circule, etc., la sécrétion du sperme peut éprouver des altérations en plus ou en moins. En général, elle est moins active dans la polyanhémie. Le contraire a lieu dans la pléthore portée à un degré médiocre. On remarque souvent qu'à la convalescence, elle s'établit avec énergie.

2520. Les maladies de la verge se reconnaissent presque toutes par l'inspection ou la palpation. Plusieurs d'entre elles se rattachent aux souffrances générales de la peau. L'étude des autres, sous le rapport du diagnostic, doit être renvoyée aux Traités de chirurgie.

# DIAGNOSTIC

## SPÉCIAL ET COMPARATIF DES DIVERS ÉTATS ORGANO-PATHOLOGIQUES DES ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME.

2521. Nous nous bornerons ici à énumérer ces affections dont les caractères se trouvent dans tous les Traités de chirurgie.

2522. *Didymopathie* (souffrance du testicule, considérée en général).

2523. *Didymite, hyper-didymite*, etc. (inflammation du testicule).

2524. *Pyo-didymite* (abcès du testicule, suite d'inflammation).

2525. *Pérididymite* (inflammation de la tunique vaginale).

2526. *Hydro-pérididymie* (hydrocèle, hydropysie de la tunique vaginale).

2527. *Hyper-didymo-trophie* (augmentation de volume du testicule).

2528. *Angio-didymo-arctie* (constriction, oblitération du conduit déférent).

2529. *Hyper-didymonervie* (augmentation dans l'action nerveuse du testicule).

2530. *Adidymonervie* (paralysie de cet organe), *Didymalgie* (névralgie du testicule).

2531. *Didymo-sarcomie*, *strumosie*, *siphylidie*, etc. (affections cancéreuse, tuberculeuse, siphylitique, etc., du testicule).

# CHAPITRE VI.

## EXPLORATION DU PÉRITOINE ET DE SES ANNEXES.

2532. *L'inspection* de l'abdomen est, dans les maladies du péritoine, d'une assez grande importance. La forme du ventre correspond très souvent, en effet, aux divers états organo-pathologiques que cette membrane séreuse présente. — Pour la constater, il faut en général se placer au pied du lit du malade, faire placer celui-ci dans une attitude horizontale, de telle sorte que le corps ne soit incliné ni d'un côté ni de l'autre, et examiner alors la configuration de l'abdomen mis à découvert. Or, voici les particularités que, sous ce rapport, il importe le plus de noter.

2533. Dans l'état normal, la saillie du ventre est très variable; elle dépend : soit du volume des viscères et de la quantité de graisse que contient le tissu cellulaire pariétal ou sous-péritonéal ; soit de la proportion des gaz et des matières renfermés dans le tube digestif. En général, les très jeunes enfans ont l'abdomen saillant et arrondi ; jusqu'à 35 à 40 ans, les adultes l'ont rarement gros ; il prend fréquemment dans ce dernier âge un développement considérable qu'il conserve sur certains vieillards. Les femmes conservent souvent, après leurs couches, un ventre volumineux.

2534. Le premier soin, lorsqu'on trouve l'abdomen plus saillant qu'à l'ordinaire, et lorsqu'on

soupçonne quelque affection du péritoine, doit être de demander quel est l'état habituel du ventre sur le sujet qu'on examine, depuis quelle époque cette saillie a eu lieu, si elle est survenue lentement ou promptement, etc.

2535. En général, lorsque le grand volume du ventre est dû à des circonstances physiologiques, il est assez arrondi, sphérique, égal des deux côtés; l'ombilic présente presque toujours une dépression prononcée, surtout lorsque les parois contiennent une grande quantité de graisse; les flancs ne font pas de saillie considérable, etc. Du reste, il y a dans la forme de l'abdomen, une foule de nuances en rapport avec l'épaisseur, le degré de résistance des parois et la promptitude avec laquelle l'augmentation de volume s'est déclarée, etc., etc.

2536. Les épanchemens liquides qui ont lieu dans le péritoine, altèrent diversement la configuration du ventre, suivant plusieurs circonstances. Sont-ils très abondans, remplissent-ils exactement tout l'abdomen? alors la paroi antérieure de celui-ci est très bombée; l'ombilic est plutôt saillant que déprimé, etc. Se trouve-t-il une quantité moindre de sérosité accumulée? alors il peut arriver deux choses : ou bien que les parois sont fermes, tendues, et se moulent sur les viscères, dans ce cas, la configuration de l'abdomen diffère fort peu de ce qu'elle est dans l'état normal, si ce n'est qu'il y a un peu plus de développement très difficile à constater; ou bien les enveloppes abdominales sont molles, flexibles, etc., et alors elles obéissent aux lois de la pesanteur, le liquide les distend par en bas, les flancs s'élargissent et le ventre est plat antérieurement. Il ne serait donc

pas exact de dire, comme on l'a généralement écrit, que le ventre a, dans l'hydropéritonie, une forme spéciale; sa configuration varie, en effet, dans divers ascites et présente souvent alors des caractères qui ne peuvent guère être distingués de ceux qu'elle offre dans tout autre cas.

2537. Dans les hydro-péritonies (ascites) circonscrites, il y aurait des formes inégales du ventre, des saillies plus ou moins arrondies qui seraient en rapport avec la présence de ces collections séreuses.

2538. Dans la péritonite, pour peu qu'elle ait un caractère aigu, avant qu'un épanchement abondant soit formé et alors que les douleurs sont vives, le ventre est revenu sur lui-même, le muscle sterno-pubien surtout, est dur, contracté; les muscles obliques et transverses sont dans le même cas, et comme du côté de l'aine il ne présentent pas de fibres musculaires aussi fortes qu'ailleurs, il arrive parfois que les régions iliaques des deux côtés font, proportionnément aux autres points de la surface de l'abdomen, une remarquable saillie. Il paraît que dans certains cas de péritonite partielle, les parois, sur les régions malades, sont tendues, résistantes et altèrent ainsi la forme du ventre. Cependant, je n'ai guère observé ce symptôme, dont on a beaucoup parlé, et qui est plus manifeste par la palpation que par la simple inspection.

2539. Lorsque les parois du ventre, dans l'hydropéritonie, sont très molles, et que la quantité du liquide épanché est assez considérable, on voit que, suivant les diverses positions du corps, la configuration de l'abdomen est modifiée. C'est ainsi que si le malade est debout, l'hypogastre fait

une remarquable saillie, et que, dans le coucher latéral, le côté qui supporte le poids du corps est plus volumineux que celui qui lui est opposé. Evidemment, ce signe a peu d'importance diagnostique; car on conçoit que les intestins, s'ils sont un peu volumineux et mal soutenus par le mésentère, peuvent tomber vers les parties déclives et produire aussi une augmentation partielle du ventre sur le point où ils correspondent.

2540. Dans quelques cas d'hydropéritonie où les parois abdominales sont peu tendues et minces, on voit que le moindre mouvement du malade cause une fluctuation manifeste de l'abdomen. Il faut bien se donner garde de prendre pour celle-ci le flot sous-tégumentaire des parois, tel qu'on l'observe dans l'œdème; ce flot est superficiel, tandis que l'autre est profond, et avec un peu d'habitude, on parvient très bien à les distinguer l'un de l'autre.

2541. Dans l'hydropéritonie, portée à un degré avancé, il arrive souvent que les veines des parois sont très distendues. Il faut noter avec d'autant plus de soin ce symptôme, que s'il est porté très loin, il indique parfois une oblitération ou du moins une compression de la veine cave inférieure (297).

2542. Dans tous les cas où l'inspection et les autres signes permettent de croire à l'existence d'une hydropéritonie, il ne faut jamais manquer d'examiner les pieds, les membres inférieurs et le scrotum, à l'effet de savoir s'ils ne sont pas œdémateux. Dans la même intention, il est non moins utile de constater quel est l'état des lombes.

2543. *La palpation* de l'abdomen, dans certaines maladies du péritoine, doit être faite avec beau-

coup de ménagement. S'il s'agit, en effet, d'une péritonite, elle augmente beaucoup les douleurs, et indépendamment de cet inconvénient, elle peut n'être pas sans une influence fâcheuse sur la marche de cette inflammation. On doit, dans de telles circonstances, éviter que la main soit froide, palper avec une grande légèreté et la retirer aussitôt qu'elle cause une douleur un peu vive. Quand il s'agit d'une péritonite pariétale ou du moins existante sur des viscères voisins des parois, il faut surtout ne pratiquer la palpation que très superficiellement. Lorsque la maladie a son siége principal dans les flancs ou le bassin, ce qui est fort ordinaire, la main peut être portée plus profondément, mais encore on ne procédera alors dans cette recherche qu'avec beaucoup de circonspection.

2544. La palpation, dans les maladies du péritoine, fait reconnaître : 1° la sensibilité anormale de cette membrane; 2° la chaleur des tégumens du ventre; 3° la tension, l'élasticité des viscères, lorsqu'ils sont remplis de gaz et qu'ils soulèvent les parois; 4° un sentiment de mollesse, de défaut d'élasticité aux doigts, alors que des liquides se trouvent accumulés sur le lieu qu'on examine; 5° la tension des muscles abdominaux, contractés sur les points de l'abdomen frappés de phlegmasie. On a, tout récemment encore, attaché beaucoup d'importance à ce dernier signe. Il paraît, en effet, que dans certains cas, on a vu qu'une phlegmasie partielle de la membrane séreuse, existait sur des points correspondans à ceux où de la raideur avait été observée dans les muscles. Il faut avouer cependant que ce symptôme n'est pas spécial à la péritonite, et je l'ai retrouvé dans l'entérite et dans d'autres phlegmasies

abdominales. Sur beaucoup de sujets, le ventre est naturellement si tendu, si résistant, qu'il est à peu près impossible de trouver le symptôme dont il s'agit.

2545. La palpation du ventre, dans certaines hydropéritonites, peu considérables, permet encore de reconnaître : 1° le déplacement des liquides en rapport avec les mouvemens que la main imprime à l'abdomen ; 2° la position du bord inférieur du foie, celle de l'extrémité inférieure de la rate, les tumeurs épigastriques ou développées sur le trajet des gros vaisseaux, etc. ; 3° l'empâtement qui existe souvent dans le tissu cellulaire abdominal, etc.

2546. *La fluctuation* est l'un des procédés les plus employés dans le diagnostic des épanchemens du péritoine ; elle se pratique de la manière suivante : une des mains est appliquée à plat sur l'un des côtés de l'abdomen. Cette main déprime assez les tégumens, surtout lorsqu'ils sont infiltrés, pour s'approcher le plus possible des muscles ; et au moment où elle est ainsi placée, on pratique du côté opposé une impulsion brusque, rapide, instantanée, avec un seul ou plusieurs doigts, soit à l'aide d'une chiquenaude, soit par un petit coup sec pratiqué avec la pulpe des dernières phalanges rapprochées. Alors la main appliquée sur le ventre reçoit le choc communiqué par le liquide. Il faut, en général, pratiquer l'impulsion et placer la main qui doit en éprouver le résultat sur la partie inférieure du ventre, vers les flancs, et par conséquent, sur les points où la masse de liquide est la plus considérable. Il sera bon cependant d'éviter de frapper ou d'appliquer la main sur le foie ou la rate qui dépasseraient de beaucoup le bord inférieur de la

poitrine, car il y aurait alors à craindre que la présence de ces viscères ne vint à modifier les résultats qu'on chercherait à obtenir et à empêcher qu'ils ne devinssent ssnsibles. Dans certaines circonstances il est bon de ne pas rechercher la fluctuation aussi bas : c'est ainsi qu'il se peut faire que les intestins remplis de liquides, que des tumeurs abdominales, les reins hypertrophiés, etc., soient situés tout à fait vers lombes, et alors il est utile d'avoir recours à la fluctuation sur un lieu qui soit supérieur par rapport à elles. La fluctuation périphérique seule donne parfois des résultats positifs, et c'est surtout pour l'ascite que M. Tarral l'avait proposée. J'avais déjà fait observer avant ce médecin, que si le malade est assis, la fluctuation peut quelquefois être reconnue lorsqu'une main est appliquée sur l'un des côtés du bas-ventre, et que l'autre frappe en sens opposé. » (*Percussion médiate*, p. 176).

2547. La fluctuation est d'une grande utilité dans le diagnostic des épanchemens abdominaux. Elle demande, comme le dit M. Andral, de la délicatesse dans le toucher, de l'adresse dans la main, et surtout de l'exercice. J'ai fait dans le Traité de la percussion médiate le relevé de 17 observations consignées dans la clinique médicale de ce médecin observateur. Six fois le flot était évident ; six fois il fut obscur, et cinq fois on ne put l'apprécier. Les autres cas d'hydropéritonie qui se trouvent dans cet ouvrage, ne sont pas assez circonstanciés pour qu'on puisse juger du rapport de fréquence existant entre la présence de l'ascite et la fluctuation ; ce procédé peut du reste indiquer seulement l'existence de quantités de liquides un peu considérables. Alors qu'il s'en

trouve de petites proportions dans le péritoine, elles occupent les flancs et l'excavation du bassin, et le flot ne peut être communiqué d'un côté à l'autre parce que la saillie vertébrale est au milieu.

2548 « L'anasarque, la flaccidité des parois abdominales (Andral) les intestins réunis en masse (id) une tumeur enkystée rendent la sensation du flot inappréciable ou obscure. La fluctuation, souvent utile, est donc fréquemment insuffisante; bien plus, elle est sujette à erreur : dans plus d'un fait qu'on pourrait citer, une ascite était admise alors qu'il s'agissait d'une aëro-entérectasie ou d'une tumeur enkystée, » (*Percus. méd.*)

2549 La fluctuation dans certains épanchemens péritonéaux partiels, peut fournir le signe matériel de la présence des liquides : du reste, ce cas très rare ne pourrait être distingué d'une tumeur enkystée que par la marche de la maladie, et par un ensemble d'autres phénomènes organiques.

2550. La fluctuation ne donne pas du reste la mesure du liquide épanché : tout au plus il sera possible de dire au bout d'un certain temps, si elle est devenue plus ou moins évidente qu'auparavant; mais ce n'est pas ainsi qu'on doit maintenant recueillir des faits, c'est d'une manière plus rigougeuse qu'il faut procéder. Si dans l'état actuel de la science, nous rejetons les calculs statistiques thérapeutiques, lorsqu'il sagit de maladies à élémens multiples, nous admettons que la mesure des organes et des liquides qu'ils contiennent, ne peut jamais être trop précise. Par exemple, si dans l'hydropéritonie nous voulons connaître les effets d'une médication sur la quantité de sérosité abdominale, il sera extrêmement avantageux pour apprécier l'efficacité de ce traitement, d'avoir une mesure

de la hauteur du niveau et de la capacité abdominale : or la fluctuation ne donne pas ces documens. Nous allons bientôt voir qu'il est d'autres moyens d'arriver à cette précision désirable.

2551. *La percussion directe* de l'abdomen, dans les maladies du péritoine, était presque inusitée avant la publication du Traité de la percussion médiate. Franck avait remarqué que dans l'ascite, les intestins se trouvent vers l'ombilic, et qu'à l'aide de la percussion, on peut les y découvrir. On a attaché si peu de prix à ce fait, que l'auteur de l'article ascite, du dictionnaire abrégé des *Sciences médicales*, s'exprime ainsi : « Telle est du moins l'opinion de Franck ; nous la rapportons sans y attacher une grande importance. » M. Rostan et quelques autres praticiens, avaient cherché, dans quelques cas, à reconnaître l'ascite par les différences de son que les intestins et les liquides présentaient ; mais il faut avouer que les connaissances fournies par ce moyen étaient presque nulles et que la fluctuation seule était émployée lorsqu'il s'agissait d'établir le diagnostic d'une hydropéritonie.

2552. Les règles à suivre pour percuter médiatement l'abdomen ont été exposées avec beaucoup de soin dans le *Procédé opératoire* (211 et suivans). Il est indispensable d'extraire ici quelques passages du chapitre qui en traite.

2553. « Le sujet sera couché et alternativement sur les bords droit et gauche du lit. L'explorateur se placera sur le côté correspondant de celui-ci ; les jambes seront légèrement fléchies ; la tête soulevée par des oreillers, et cela dans l'intention de relâcher les parois abdominales et particulièrement les muscles sterno-pubiens. Cette

précaution est très utile ; les masses charnues qui les composent, séparées par des productions aponévrotiques, forment, en se contractant, des saillies qui souvent en imposent pour des tumeurs, à la main qui palpe l'abdomen. Elles présentent aussi alors à la percussion et plus de densité et plus de matité ; d'ailleurs, la contraction de ces muscles empêche de déprimer avec le plessimètre les parois abdominales et d'arriver ainsi aux organes profondément placés. Dans la percussion de l'abdomen, le plessimètre sera maintenu avec beaucoup de force par la main gauche, surtout lorsque les tégumens seront épais et infiltrés, ou encore lorsqu'il faudra déprimer les parois.

2554. On percutera alors sur la ligne médiane, depuis l'appendice xiphoïde jusqu'au pubis ; en haut, se trouvera, le plus souvent, la matité et la résistance propres au foie. Plus bas, se rencontreront les sons tympaniques de l'estomac et du tube intestinal, avec des variations qui seront en rapport avec la capacité de chacun d'eux et avec la quantité d'alimens, de liquide et de gaz qu'ils contiendront ; en bas, si la vessie est distendue par beaucoup d'urine, on trouvera de la matité et peu de résistance au doigt qui éprouvera, en percutant, un sentiment de mollesse, d'empâtement que l'on ne peut rendre par des mots, et qu'il faut beaucoup d'habitude pour bien saisir.

2555. Le plessimètre sera, sur tous les point de l'abdomen, placé d'abord superficiellement, puis profondément, soit dans l'intention d'examiner les organes situés au dehors, soit pour reconnaître l'état des parties profondes. On percutera successivement avec force et faiblesse, soit pour tirer du son de la profondeur des parties, soit pour

juger de la structure ou de la densité de leurs couches extérieures. On pratiquera la même opération sur les régions latérales antérieures de l'abdomen à gauche et à droite, et tout à fait sur le côté et dans les flancs.

2556. Les quantités de gaz que renferme l'abdomen, étant très variables, il est des cas où il faut prendre quelques précautions pour rendre plus évidentes les différences de sonoréité et de densité des organes contenus dans l'abdomen. Quand, par exemple, il y aura peu de fluides élastiques dans les intestins, un aide, placé du côté opposé à l'explorateur, comprimera la masse intestinale avec une ou deux mains pour la repousser sous l'organe qu'on explorera ; lorsqu'il arrivera encore qu'une tumeur profonde ait son siége dans l'un des flancs, un aide, placé comme dans le cas précédent, écartera avec avantage les viscères qui la recouvrent, en les pressant avec les mains et les attirant vers lui. C'est encore ainsi qu'il faut, dans certains cas, faire changer plusieurs fois la position du malade, lui faire prendre des boissons ou injecter des liquides dans les intestins.

2557. Pour l'exploration plessimétrique de l'abdomen en arrière, il faut s'y prendre à peu près comme pour la percussion du thorax. (Voy. l'exploration des reins, nº 2069).

2558. Dès qu'on soupçonne un épanchement péritonéal, et même quand on n'a que de très faibles motifs pour y croire, il faut percuter antérieurement comme il a été établi précédemment. Si cet épanchement existe et s'il est un peu considérable, on trouve, vers l'ombilic, plus de sonoréité que dans l'état ordinaire. C'est que les gaz intestinaux, plus légers, s'élèvent dans la portion

du tube digestif, située au-dessus de l'épanchement, distendent l'intestin et produisent ce résultat. Pour bien juger et de l'élasticité et de la sonoréité, on percute d'abord légèrement, puis avec force; on applique le plessimètre alternativement d'une manière superficielle et profonde, et, dans ce dernier cas, on retrouve quelquefois, à une certaine distance vers le centre de l'abdomen, la matité propre à l'épanchement. Replaçant ensuite la plaque d'ivoire, sans déprimer les parois, l'éloignant dans tous les sens de l'espace très sonore et très élastique que l'on avait antérieurement trouvé, et le percutant en même temps, on arrive inférieurement à des points où se retrouvent et de la matité et un peu moins d'élasticité au doigt. C'est tout alentour de l'abdomen, et sur une ligne de niveau, que cette transition a lieu; plus on explore inférieurement et plus le son obscur et la résistance au doigt augmentent. Tout à fait en bas, ces caractères plessimétriques, sont portés au degré le plus haut qu'un liquide puisse les présenter. C'est qu'à toute profondeur, se trouve ici le fluide de l'ascite. Il n'en est pas ainsi sur les points qui remplissent l'espace situé entre le niveau supérieur et les parties les plus élevées; de telle sorte que si l'on appuie le plessimètre et que si l'on déprime le liquide dans cet espace, l'instrument est en contact avec l'intestin et donne lieu aux sons propres à celui-ci. C'est surtout près de la ligne de niveau qu'il faut tenir compte de ce fait; car si l'on applique le plessimètre avec un peu trop de force, on ne retrouve plus la matité de l'épanchement.

2559. C'est encore en n'appuyant la plaque d'ivoire qu'avec une extrême légèreté, et en donnant avec le doigt un petit coup sec et rapide, qu'on

parvient à obtenir, sur la ligne de niveau, le bruit humorique qui se manifeste le plus souvent sur une grande partie des points où la couche supérieure du fluide touche à la surface extérieure de l'intestin qui surnage.

2560. Ces premières notions étant recueillies, il faut rechercher les signes qui résultent du déplacement du liquide.

2561. Après avoir bien constaté la position dans laquelle le malade est couché, afin de pouvoir, le lendemain, le placer dans une attitude entièrement semblable, on marque, avec la plus grande exactitude, la ligne précise et de niveau qui séparent l'espace où le son tympanique se fait entendre des points où la matité fait reconnaître le liquide. On fait alors coucher le malade sur le côté droit; on attend quelques instans pour donner le temps au liquide de descendre vers les parties déclives; car la présence des intestins ne permet pas d'y arriver sur-le-champ. Plusieurs secondes, une ou deux minutes même se passent quelquefois avant que cette accumulation ait eu entièrement lieu; plus l'épanchement est abondant, moins il est épais; plus les intestins sont libres, et plus facilement aussi le fluide parvient-il vers les parties déclives.

2562. Si l'explorateur, placé en face du malade, percute alors le côté du ventre sur lequel le coucher a lieu, il trouve la matité augmentée par en bas; celle-ci s'élève à une hauteur qui varie en raison de la proportion de l'épanchement. Elle devient d'autant moins marquée, et le son de l'intestin se retrouve à une hauteur d'autant moins considérable qu'on percute à une élévation plus grande. La ligne de niveau se marque enfin : elle est parallèle

à l'axe du tronc, et sur elle se manifeste souvent le bruit humorique. Si la quantité liquide est portée assez loin, l'espace où, antérieurement, lorsque le malade était couché sur le dos, se manifestait une résonnance tympanique, donne lieu à de la matité, et cela dans une étendue variable, et toujours plutôt en bas qu'en haut. On note encore dans cette position du sujet, la ligne de niveau qu'on a reconnue.

2563. C'est alors qu'on fait coucher le malade sur le côté opposé, qu'on observe les mêmes précautions et qu'on obtient les mêmes résultats, mais en sens inverse. Le côté d'abord mat, est actuellement devenu élastique et très sonore, et celui qui présentait le son tympanique et un léger degré de résistance donne lieu à de la matité.

2564. Pour dissiper tous les doutes, et pour ne pas commettre d'erreurs, il est bon de répéter deux ou trois fois les épreuves précédentes. On peut aussi faire asseoir le malade, et on trouvera par en bas les caractères que, dans les positions sur les côtés, on rencontrait latéralement.

2565. Lorsque l'on a mis ainsi l'existence d'une ascite au-delà de toute évidence, il est indispensable, pour se rendre compte de la marche de la maladie et de l'efficacité des moyens qu'on emploie de savoir si elle s'accroît ou si elle diminue. Cependant, l'augmentation du ventre, dans les épanchemens qui y ont lieu, n'indique rien de bien positif à cet égard ; le développement de l'abdomen peut dépendre, en effet, de l'accumulation dans le péritoine, soit de plus de gaz, soit de plus de sérosité, soit enfin d'une plus grande quantité de substances liquides ou autres dans le tube digestif, la vessie, etc. On s'assure d'abord que le ma-

lade n'a pas mangé et que le réservoir urinaire est vide, et alors l'emploi du plessimètre, réuni surtout à la mensuration de l'abdomen avec un lien, comme nous le dirons plus loin, résoudra la question proposée. Le niveau du liquide baisse-t-il au dessous de celui qu'on avait noté les jours précédens, le volume du ventre est-il moindre? il est certain que l'épanchement aqueux est moins considérable. L'abdomen est-il plus volumineux et plus tympanique en haut? la quantité du liquide pourra être la même; mais des gaz se seront dégagés dans le tube intestinal. Dans le cas encore où le ventre est plus gros, le niveau s'est-il élevé d'une petite proportion? Cela ne tient à autre chose qu'à la distension du tube digestif par des gaz. Le niveau est-il plus haut en même temps que le ventre est devenu plus volumineux? il en résulte évidemment que l'épanchement est augmenté. Des erreurs pourraient être ici le résultat d'un changement dans la position que prend le malade dans son lit; il faudra donc s'assurer que celle-ci est absolument la même que dans les premières épreuves; d'ailleurs on observera avec soin si le niveau qu'on retrouve dans les expériences ultérieures, est parallèle à celui que l'on avait reconnu les jours précédens. Si la position du corps est absolument semblable, le parallélisme existera; le contraire aura lieu dans une circonstance opposée.

2566. Il est quelques cas dans lesquels il est utile de modifier le mode d'exploration précédent: 1° lorsque les parois sont œdémateuses, il faut bien prendre garde de confondre la matité qu'elles donnent avec celle de l'épanchement. A cet effet, on déprime les parois jusqu'à ce que le plessimètre parvienne à toucher presque immédiatement

les muscles abdominaux; — 2° lorsqu'il y a très peu de liquide et qu'on veut en mesurer la quantité, il faut faire soulever le petit bassin à l'effet de faire écouler la sérosité de l'excavation pelvienne, et faire coucher le malade sur l'un des côtés où le fluide s'accumule et où la percussion peut la retrouver; — 3° s'il existe des adhérences entre les parois et les intestins, si les épanchemens péritonéaux sont constitués par des liquides épais, tels que du sang, du pus, etc., la collection de ceux-ci, vers les parties déclives, ne se fait qu'avec beaucoup de lenteur ;— 4° si les gros intestins sont volumineux et distendus par des gaz, si des matières très voisines de la consistance de l'eau s'y trouvent contenues, celles-ci, quelle que soit la position que l'on fasse prendre au malade, retombent très vîte sur les parties déclives de ces mêmes intestins. On pourrait prendre un cas pareil pour une hydropéritonie. Une telle erreur ne sera pas commise si l'on évite que les points du ventre où l'on cherche à constater les variétés de son en rapport avec les positions diverses du corps, puissent correspondre avec les colons ou le cœcum. C'est alors vers l'ombilic qu'il faut diriger ses recherches ; — 5° dans la péritonite, il arrive que des adhérences, des épaisissemens de fluides rendent très lente l'accumulation des liquides à la partie déclive. Dans ce cas, il faut attendre assez de temps pour qu'elle puisse devenir évidente par la plessimétrie.

2567. Les résultats diagnostiques de la percussion médiate sont nombreux : 1° elle démontre, par les phénomènes suivans, l'existence d'un épanchement péritonéal : *matité à la partie déclive ; sonoréité et élasticité au-dessus ; ligne de niveau sur le*

*point de transition du son clair au son mat ; quelquefois, bruit humorique sur cette ligne ; augmentation de la matité à mesure que l'on explore plus inférieurement le lieu occupé par le liquide ; déplacement de celui-ci, et parconséquent de la matité qu'il cause en raison des changemens de position du sujet ; ce liquide tombe toujours alors sur les parties du ventre les plus inférieurement placées ;* — 2° dans les épanchemens peu volumineux, et lorsque les intestins contiennent beaucoup de gaz, on trouve une résonnance humorique sur un grand nombre des points de l'abdomen, et ce bruit peut faire soupçonner une hydropéritonie commençante ; — 3° lorsque la collection de liquide est très considérable, le ventre est énormément distendu, le mésentère est trop court pour permettre aux viscères de parvenir jusqu'au contact des parois ; alors on trouve partout de la matité. Cependant, il existe presque toujours alors de la sonoréité vers l'appendice xiphoïde, au-dessus duquel l'estomac est souvent refoulé ; ce dernier caractère ne doit pas être omis dans le diagnostic de l'ascite très considérable, car alors la ligne de niveau ne s'observe point ; — 4° lorsque les intestins plongent profondément dans le liquide et qu'on ne retrouve pas leur sonoréité par une percussion superficielle, on peut mettre le plessimètre en contact avec eux en déprimant les parois et en appuyant très profondément cet instrument. Alors ils donnent lieu, par la percussion, aux sons tympaniques qui leur sont propres ; — 5° cette dépression des parois par le plessimètre, permet de découvrir à quelle profondeur les intestins sont situés dans la masse du fluide accumulé dans le péritoine. De là une application précieuse à la chirurgie, relativement à l'opéra-

tion de la paracentèse ; lorsqu'en effet le son propre à l'intestin se rencontre seulement alors que la plaque d'ivoire est très profondément appliquée, on peut pratiquer sans crainte, sur ce point, la ponction abdominale ; — 6° ces documens ont été utiles dans beaucoup d'ascites : ils ont permis de pratiquer la paracentèse sur des malades dont l'abdomen contenait peu de sérosité ; — 7° dans un cas où il s'agissait d'une perforation intestinale, suite d'une entérite typhohémique, il fut possible de pratiquer un grand nombre de ponctions successives, parce que la percussion apprenait : que de nouveau liquide s'était formé, quel lieu il occupait et à quelle profondeur l'intestin se trouvait, etc. Ce malheureux vécut ainsi plus d'un mois dans les salles de l'Hôtel-Dieu. Le péritoine, très épaissi, recouvert de membranes accidentelles, était devenu une sorte de cloaque où les matières étaient épanchées. On trouva à la nécroscopie la maladie des glandes de Peyer annoncée pendant la vie ainsi que la perforation qui y avait eu lieu.

2568. La percussion médiate doit nécessairement porter à modifier le précepte chirurgical relatif au lieu d'élection dans la paracentèse. Il ne s'agit plus, en effet, de savoir à quelle distance de la ligne blanche du rebord costal ou de la crête iliaque il faut opérer; mais bien de constater si des anses intestinales ou si du liquide correspondent aux parois : pourvu que sur certains points de l'abdomen il n'y ait pas de vaisseaux tels que l'artère hypogastrique ou le cordon spermatique que l'on puisse intéresser, on peut opérer partout où l'on se sera assuré, par la plessimétrie, que le liquide seul se trouve correspondre.

2569. Lorsque, après l'opération de la paracentèse, il reste du liquide dans l'abdomen, je suis parvenu, dans plusieurs cas, à l'extraire à l'aide d'une sonde recourbée comme un syphon, dont la courte extrémité était portée dans la sérosité, tandis que la longue branche était abaissée à l'extérieur. Cet instrument était introduit par la canule du troquart; or, c'était la percussion médiate qui, apprenant vers quelle partie du ventre se trouvaient encore les liquides, permettait de diriger sur celui-ci l'extrémité de la sonde. (Clinique de la Pitié, page 21, *Bulletin clinique*, n° 206.

2570. La plessimétrie, jointe à la mensuration dont il sera bientôt parlé, donne exactement la mesure de la quantité des liquides épanchés; la hauteur du niveau est surtout en rapport avec les proportions de ceux-ci. De là, un résultat éminemment pratique : c'est d'avoir un moyen d'apprécier d'un jour à l'autre les bons effets de telle ou telle méthode thérapeutique sur la curation de l'hydropéritonie. Malheureusement, on arrive presque toujours à voir que les remèdes réputés les plus héroïques ont fort peu d'influence sur la diminution de la sérosité accumulée dans le péritoine. On voit bien, dans les cas si nombreux d'ascite consécutive à de la gêne dans la circulation, qu'une saignée fait d'ordinaire baisser le niveau; mais bientôt cette amélioration cesse et le malade, un peu plus faible qu'auparavant, a autant d'eau dans l'abdomen que les jours qui ont précédé l'évacuation sanguine. Les purgatifs évacuent plus souvent les gaz contenus dans les intestins que la sérosité. Dans plus d'un cas où ils ont guéri, une maladie considérée comme hydropisie, n'était peut-être qu'une accumulation de matières ou de gaz

dans l'intestin. Cependant, il faut avouer que ces médicamens font souvent baisser la hauteur de la sérosité, et que dans un petit nombre de cas je les ai vus faire dissiper l'ascite.

2571. La percussion, pratiquée sur un abdomen contenant une grande quantité de liquide susceptible d'ailleurs de se déplacer, permet de reconnaître les dimensions du foie, de la rate, de l'utérus, des tumeurs de l'épigastre, des ovaires, etc., qui peuvent causer et compliquer la maladie. De là, des applications pratiques du plus haut intérêt. C'est ainsi que dans quelques cas où il s'agissait d'une hydropéritonie, suite d'une hypersplénotrophie, le sulfate de quinine, donné à hautes doses, a fait dissiper l'épanchement. On ne peut faire de véritable thérapeutique qu'avec un diagnostic sévère et exact; ailleurs que là, l'art de traiter les maladies ne devient plus qu'une routine aveugle où les chiffres, comme l'a si bien dit M. Rizueno de Amador, ne conduisent que sur la route du hasard. En général, lorsque dans l'ascite on veut explorer un viscère que l'on soupçonne avoir causé la maladie, il faut faire reposer le corps de la personne qu'on examine sur le côté opposé à à celui où ce viscère se trouve placé.

2572. Dans la péritonite, la plessimétrie est d'une grande grande utilité : d'abord elle indique la proportion des gaz que le tube digestif contient, circonstance qui, comme nous le verrons bientôt, est du plus haut intérêt. Ensuite, elle démontre la présence des épanchemens qui en sont la conséquence. Remarquons que, lors de l'inflammation aiguë du péritoine, il n'est pas toujours sans inconvénient de faire varier plusieurs fois de suite la position du sujet. On conçoit, en effet, que le

contact du liquide sur des points successifs de la membrane séreuse, pourrait irriter celle-ci, être cause de la déchirure d'adhérences salutaires, et qu'il faut ici beaucoup de circonspection. La plessimétrie, dans plusieurs cas d'épanchemens circonscrits, suite de péritonite, nous a permis de reconnaître et de limiter les points où ces épanchemens s'étaient formés. On conçoit que dans un cas pareil, et où il s'agirait d'un abcès, suite d'une péritonite, la percussion médiate faisant constater la matité des liquides, et l'absence de tout son en rapport avec l'intestin, permettrait de tenter sur ce lieu des opérations utiles.

2573. Il faut avouer, du reste, que la péritonite, même avec le secours de la percussion, n'est pas toujours facile à reconnaître. D'abord, les épanchemens s'y font plus lentement que dans la plèvre; ensuite, les gaz abdominaux s'accumulent si vîte dans l'hyperpéritonite, qu'ils donnent à tout l'abdomen beaucoup de sonoréité, même sur des points où existent des couches minces de sérosité péritonéale; nous avons vu encore que le déplacement ne pouvait être tenté ici avec autant d'innocuité qu'ailleurs, et il y a fréquemment des douleurs si vives, qu'à peine ose-t-on percuter, le ventre. Cependant, le plus souvent, la percussion bien pratiquée donne lieu à des résultats positifs; seulement il faut plus de circonspection, plus de prudence, plus de légèreté dans la main et se servir d'un plessimètre très large, parfaitement maintenu. Dans la péritonite peu aiguë, il arrive souvent qu'en interrogeant les malades, on oublie de questionner sur l'état du péritoine, parce qu'il n'a pas de fonctions qui lui soient propres et qu'on le rattache difficilement à un ordre d'interrogation.

2574. Dans les maladies des replis du péritoine, telles que celles des épiploons, du mésentère, etc., la plessimétrie ne donnerait d'autres résultats que ceux qui dépendraient des vastes tumeurs qui pourraient s'y déclarer.

2575. Le dégagement des gaz, dans le péritoine, n'a guère lieu qu'à la suite de la perforation des intestins. Alors, l'abdomen acquiert, d'une manière presque instantanée, non seulement un grand volume, mais encore une extrême sonoréité et une très grande élasticité qui ont presque partout un timbre égal ou un caractère identique. la promptitude de l'invasion de ces symptômes, doit être tenue en grande considération dans le diagnostic des perforations intestinales et de l'aéropéritonectasie. Si des liquides se trouvent déposés dans le péritoine en même temps que les gaz, ou s'ils s'y sont formés consécutivement à la présence de ceux-ci, on trouve le bruit humorique et le déplacement du son mat s'opérant avec une extrême facilité.

2576. Que les gaz soient contenus dans le péritoine, ce qui est infiniment rare, qu'ils soient renfermés dans l'intestin, ce qui, au contraire, est extrêmement commun; toujours est-il que la plessimétrie fait reconnaître leur présence et le refoulement des viscères par en haut et vers le diaphragme. Nous avons déjà parlé ailleurs de cette grave circonstance organo-pathologique. Contentons-nous de faire observer ici que les collections séreuses ou aéro-séreuses dans l'abdomen, produisent le même effet, causent aussi le refoulement des viscères, partant une anhématosie spéciale des plus graves (857, 173), et dont il faut toujours tenir compte dans les mala-

dies où elle peut se déclarer, même à un faible degré. Or, la plessimétrie, en faisant apprécier la hauteur à laquelle les viscères s'élèvent vers le diaphragme, démontre quelle est la lésion anatomique qui cause les accidens (1).

2577. *L'auscultation* a été appliquée au diagnostic des maladies du péritoine. Dans les premiers temps des inflammations de celui-ci, et lorsqu'on le palpait en même temps qu'on l'auscultait, on a trouvé un bruit spécial de frottement, qu'on a attribué à l'état de sécheresse de cette membrane. Je n'ai pas eu l'occasion de répéter cette expérience, ou plutôt la péritonite, dans les cas où je l'ai reconnue, était pour moi si évidente que j'avoue n'avoir pas pensé à employer l'auscultation. Il serait bon cependant de continuer ces recherches, et il y a lieu de croire que dans la péritonite, accompagnée ou suivie de granulations miliaires et de la formation de membranes accidentelles, il serait possible de saisir quelques bruits spéciaux en rapport avec cet état organo-pathologique.

2578. *La mensuration* de l'abdomen, dans les péritonipathies, peut être pratiquée par divers procédés : 1° par la saillie que fait la surface abdominale antérieure, au-dessus de la ligne sternopubienne (1659); 2° par un lien propre à donner les dimensions qui existent à partir de la colonne vertébrale jusqu'à la ligne médiane antérieure; 3° par l'appréciation de la distance qui sépare le rebord costal de la crête iliaque; 4° par la

---

(1) Dans la percussion médiate, le procédé opératoire, le bulletin clinique, l'article anhématosie par refoulement du diaphragme du traité de médecine pratique, etc., on trouvera des observations nombreuses relatives aux applications pratiques de la percussion médiate, dans les maladies du péritoine et de l'abdomen.

plessimétrie qui fait juger d'un jour à l'autre de la ligne exacte du niveau (2565) ; 5° par la hauteur à laquelle s'élèvent, vers la poitrine, le foie, la rate, le cœur, etc., et par la distance qui sépare alors ces viscères de la clavicule ou du rebord supérieur du thorax (1807, 1902, etc.); 6° par la distance à laquelle l'ombilic se trouve de la surface postérieure de la région lombaire, et surtout; 7° par la comparaison établie entre ces divers moyens d'exploration. Si l'on sait combiner convenablement ceux-ci, on peut apprécier, d'une manière positive, les moindres changemens survenus d'un jour à l'autre dans le volume du ventre. Du reste, nous n'insisterons pas ici sur chacun de ces procédés, parce que la plupart d'entre eux ont été déjà exposés dans d'autres parties de cet ouvrage. (Voyez les numéros indiqués dans ce paragraphe).

2579. *Examen des liquides.* Le péritoine, dans l'état normal, ne contient point de liquides; il n'est humecté que par une sérosité qui y existe sous forme d'enduit ou de couche très mince, et qui favorise seulement ses glissemens. Ce n'est pas une vapeur, comme on l'a dit; elle prend seulement cette forme, lorsque l'abdomen est ouvert et que la pression des muscles abdominaux ne se fait plus : alors, en effet, mise en contact avec l'air, et sur un animal vivant, on voit, surtout lorsque la température est peu élevée, se former un léger nuage en rapport avec la présence de la vapeur d'eau dégagée de la surface des viscères.

2580. Toutes les fois que l'on trouve des liquides dans l'abdomen, il s'agit à coup sûr d'un état pathologique. Nous avons vu précédemment quels étaient les moyens de constater leur présence (2558 et suivans). La lenteur, dans leur dépla-

cement, fait juger de leur viscosité et de leur consistance ; la marche et les symptômes de la maladie portent à présumer quelle est leur nature ; mais en définitive, ce n'est que lors de la ponction ou de toute autre ouverture faite aux parois abdominales que l'on peut constater l'état de ces mêmes liquides.

2581. Or, les liquides péritonéaux sont très variables. Ils consistent, le plus souvent, dans une sérosité presque semblable ou parfaitement semblable au sérum du sang. Elle est comme lui claire, avec une légère teinte citrine; sa viscosité, sa consistance, l'aspect mousseux qu'elle prend lorsqu'elle tombe dant un vase, ou lorsqu'elle est agitée avec l'air, sont à peu près les mêmes. Son odeur n'en diffère pas; l'analyse chimique y démontre aussi beaucoup d'eau et une quantité très notable d'albumine, etc. Cet état de la sérosité péritonéale se remarque surtout lorsqu'il existe, soit dans le cœur, soit dans les gros vaisseaux artériels et veineux, quelque obstacle mécanique à la circulation. Il paraît, en définitive, qu'elle n'est autre chose que la partie aqueuse et séreuse du sang qui s'échappe des vaisseaux dans lesquels ce dernier liquide coule avec difficulté. Les globules rouges ou le cruor ne transsudent pas avec la même facilité.

2582. D'autres fois, le liquide péritonéal est trouble, opalin, analogue à la sérosité du sang qui précède la formation de la couenne inflammatoire : dans ce cas, on observe souvent que des fausses membranes accidentelles sont déposées sur divers points du péritoine ; ailleurs, ce liquide est plus trouble encore, floconneux; il contient visiblement des fragmens de fibrine qui viennent

se présenter à l'orifice de la canule du troquart. D'autres fois encore, les caractères de la sérosité péritonéale se rapprochent plus ou moins de ceux du pus le mieux lié, ou plutôt n'est véritablement que du pus. Constamment ce dernier état est lié à une péritonite plus ou moins aiguë, et le plus souvent aussi les caractères précédens sont aussi plus ou moins liés à un état inflammatoire soit du péritoine, soit du sang.

2583. Dans certains cas, et surtout à la suite de la métropéritonite des femmes en couche, on voit la sérosité péritonéale avoir quelque similitude avec le sérum et le coagulum du lait. Il paraît même que l'analyse chimique a donné quelquefois des résultats en rapport avec cette apparence. Mais avant d'établir qu'il s'agisse véritablement, dans certaines circonstances, de lait déposé dans le péritoine, il faut multiplier les observations et les consacrer par de nouvelles recherches chimiques.

2584. Parfois, la sérosité péritonéale contient du sang plus ou moins étendu d'eau. Il est même des cas où le sang est en très grande abondance et teint le liquide en rouge très foncé. Il est probable que dans quelques-unes de ces hydrohémopéritonies, il y a eu quelques vaisseaux d'intéressés par une cause quelconque (ulcérations, carcinômes, paracentèses antérieures, etc.) Mais il faut avouer aussi que dans d'autres circonstances la circulation est assez gênée et qu'il y a une stagnation assez marquée du sang veineux dans les cavités droites du cœur pour qu'une hémopéritonirrhagie ait eu lieu. Dans un cas semblable, observé sur une vieille femme, et où le liquide péritonéal était fortement coloré en rouge, il y

avait une cardiectasie (dilatation du cœur), à droite, des plus considérables et une cardiarctie aortique (rétrécissement de l'orifice aortique du cœur) portée très loin. Rien ne porte à croire qu'il faille admettre une inflammation spéciale du péritoine, qui ait pour caractère de provoquer la formation d'une sérosité teinte de sang et qui puisse mériter le nom de péritonite hémorrhagique.

2585. Des liquides variés, provenant des parties voisines, se trouvent souvent dans le péritoine, à la suite des perforations. La présence des fécès, et dans certains cas, l'odeur seule qui leur est spéciale, indique que l'intestin communique avec la cavité péritonéale. C'est ce qui est arrivé pour le malade observé à l'Hôtel-Dieu, et dont il a été précédemment parlé (2558). Si de la bile reconnaissable à sa couleur verte et à sa saveur amère, et surtout à la présence de la résine démontrée par la chimie; si de l'urine, constatée par son odeur et par l'analyse qui y découvrirait de l'acide urique, se trouvaient sortir d'une plaie abdominale, faite par une cause quelconque, on en inférerait que dans un cas les voies biliaires, et dans l'autre les organes de l'appareil urinaire, sont intéressés. Dans une observation consignée dans la clinique de M. Andral, et où il s'agissait d'une péritonite tuberculeuse, des débris d'alimens, mélangés de sérosité, sortaient par une ouverture de l'abdomen. Il était évident que le tube digestif était perforé. Dans un autre cas que j'ai publié, il y a bien des années, les bouillons étaient sortis de l'estomac par une perforation cancéreuse, avaient pénétré dans l'arrière-cavité péritonéale, et s'étaient mélangés au fluide séreux contenu dans

le reste de la membrane; mais ce fût à la nécroscopie seulement qu'on vérifia ce fait (1).

2586. Les gaz, encore une fois, ne s'accumulent dans le péritoine et ne s'en échappent guère lors de la ponction que lorsqu'il existe une perforation du tube digestif ou une ouverture laissée libre au-dehors à l'air atmosphérique. Encore, dans ce dernier cas, cette pénétration de l'air n'a-t-elle pas lieu, parce que les muscles abdominaux se resserrent sur les viscères et empêchent l'introduction des fluides élastiques. On conçoit cependant que dans certaines chrono-péritonites, existantes avec accumulation considérable de matières, des gaz puissent se dégager parfois de celles-ci, mais je n'ai jamais rien observé de semblable. La fœtidité stercorale des gaz sortis par la canule du troquart, indique ou que, par une perforation spontanée, les fluides élastiques se sont introduits dans le péritoine, ou que l'instrument a pénétré dans l'intestin.

2587. *Signes physiologiques.* Le péritoine, dans l'état normal, n'est le siége d'aucune sensation. En est-il ainsi dans plusieurs circonstances pathologiques? c'est ce que la plupart des faits ne permettrait guère de croire. On observe effectivement que, dans l'hyperpéritonite, et même dans des degrés moins élevés de cette phlegmasie, il existe des douleurs très intenses. La question est seulement de savoir si c'est la membrane séreuse elle-même ou bien les organes qu'elle revêt qui sont les points de départ des douleurs. Ce qu'il y a de certain, c'est que, dans l'aéro-entérectasie, il y a parfois des souffrances tout aussi intenses que dans la péritonite, et que celle-ci est presque

(1) Journal de la Société de médecine, janvier 1820.

constamment accompagnée de l'accumulation des gaz dans l'intestin. Que de fois n'ai-je pas porté par la canule du troquart une sonde de gomme élastique sur le péritoine malade sans qu'il en résultât de douleurs ? Du reste, que les souffrances soient propres à la membrane elle-même, qu'elles dépendent des intestins ou des nerfs sous-jacens, toujours est-il qu'on observe dans plusieurs nuances de la péritonite les phénomènes suivans :

2588. Les douleurs dans les maladies aiguës du péritoine sont très intenses. Elles sont exagérées par la moindre pression (2543), par la percussion, par les mouvemens les plus légers ; elles ont un caractère variable de battemens, d'élancemens, de brûlemens des plus pénibles. Elles existent souvent, soit profondément dans les flancs où on les développe par la palpation profonde (Broussais), soit dans l'hypogastre, lieu sur lequel on voit souvent le toucher vaginal les exagérer ; soit à l'ombilic enfin où elles sont parfois excessives. Le siége de ces douleurs semble, en général, correspondre aux parties de la membrane où la phlegmasie est la plus intense. Si elles ont lieu par la pression la plus légère, c'est souvent le péritoine pariétal qui est phlogosé.

2589. Que la douleur abdominale existant seule, quelque intense qu'elle soit, ne porte jamais à faire admettre l'existence d'une péritonite. Nous avons vu qu'elle est non moins vive dans la métralgie, l'entérite, et dans l'entéralgie saturnine. L'ensemble des symptômes et la marche de la maladie, les circonstances dans lesquelles la douleur se déclare éclairent ici le diagnostic. Quand une douleur abdominale vive, avec météorisme, survient vers l'époque de la fièvre de lait, et

qu'elle existe profondément dans l'hypogastre et les flancs, craignez surtout une péritonite; quand il s'est manifesté une entérite typhohémique, ou que les symptômes d'une gastro-sarcômie existent depuis long-temps, et que survient tout à coup une douleur générale et excessive du ventre, et une tympanite abdominale, redoutez une péritonite suite d'une perforation, etc.; mais donnez-vous bien garde de prendre pour telles certaines douleurs très intenses du ventre qui surviennent sur un broyeur de blanc de céruse, ou celles qui ont si souvent lieu sur des femmes hystériques.

2590. Quand une douleur vive se dessine dans une tumeur abdominale depuis long-temps reconnue, et qu'elle augmente beaucoup par la pression, il faut craindre que le péritoine qui la recouvre ne s'enflamme. Si cette douleur s'étend brusquement à d'autres points du ventre, on doit redouter l'extension de la phlegmasie à d'autres points de la membrane séreuse. Les mêmes considérations sont applicables aux douleurs qui se manifestent dans les viscères, et notamment dans l'utérus malade, ou qui vient d'expulser le produit de la conception.

2591. Dans la chronopéritonite, et surtout dans celle qui se manifeste à la suite de la présence de tubercules dans les poumons et dans d'autres organes, il y a des douleurs peu prononcées. Dans l'hydropéritonie consécutive, on n'observe, en général, d'autres douleurs que celles qui résultent de la distension du ventre portée très loin. Il est certaines dégénérations du tissu cellulaire sous-péritonéal, des productions ou des dépôts de matières squirreuses, encéphoïdes ou autres entre les replis de l'épiploon, du mésentère, ou encore

à la surface externe du péritoine pariétal qui ne donnent pas lieu à des souffrances vives. Cette circonstance est même très fréquente, tant il est vrai que souvent le cancer est beaucoup moins douloureux par lui-même, qu'on ne serait d'abord disposé à le croire; tant il est vrai que les souffrances qu'il cause sont fréquemment le résultat de la compression que les tumeurs sarcômateuses exercent sur les organes ou les nerfs sous-jacens.

2592. Le péritoine n'exécute par lui-même aucun mouvement; mais, à coup sûr, plusieurs des affections dont il est atteint gênent infiniment ceux des organes qui le touchent. C'est peut-être même là, en effet, l'une des causes principales des douleurs intenses qui surviennent dans l'hyperpéritonite. Il est évident, que lorsque la membrane séreuse qui recouvre les intestins est enflammée, le moindre mouvement de ces viscères détermine des changemens de position dans les tissus enflammés, d'où peuvent résulter de vives souffrances. De là vient, sans doute, l'immobilité de ceux-ci, leur distension par des gaz, le défaut d'excrétion de ces fluides élastiques, l'aéro-entérectasie qui peut en être la conséquence. C'est ici une sorte d'étranglement intestinal, d'obstacle à la sortie des matières; il se passe précisément pour la masse intestinale en général, ce qui a lieu pour l'intestin hernié, lors de l'inflammation du sac. Aussi survient-il des vomissemens, des hoquets, et une série de phénomènes en rapport avec les mouvemens anti-péristaltiques de la portion du tube digestif situé au-dessus du point malade.

2593. Mais, à la suite de la péritonite, des adhérences développées entre des anses intestinales peuvent produire des effets du même genre, em-

pêcher les mouvemens des intestins, ou rendre nuls les efforts que fait la portion supérieure du canal alimentaire pour surmonter l'obstacle que causent plus bas les adhérences dont il s'agit. De là, des douleurs intenses, des mouvemens anti-péristaltiques, des vomissemens, du hoquet, etc.; et lorsqu'à la suite d'une péritonite on voit ces symptômes se dessiner, on peut être presque assuré qu'il existe sur quelque point du ventre des circonstances anatomiques qui gênent la progression des matières. A coup sûr, parmi celles-ci, il faut surtout noter la réunion de la masse intestinale par des concrétions fibrineuses.

2594. Les collections séreuses ou autres, dans le péritoine, entravent encore d'une autre façon le cours des matières et surtout des gaz. C'est ainsi que le poids des liquides accumulés dans la membrane péritonéale vient à comprimer le rectum, et à gêner ainsi la sortie des féces. De plus, les gaz, en vertu de leur pesanteur spécifique moindre, montent dans les anses intestinales placées en haut; de là, une difficulté plus grande à leur sortie qui exige, pour avoir lieu, que la résistance de la colonne de liquide soit surmontée. Aussi les gaz restent-ils souvent dans les intestins qui perdent alors une partie de leur tonicité.

2595. Ces faits physiques ne sont pas sans importance; ils méritent qu'on y ait égard, et à coup sûr le bon effet qu'on obtient des purgatifs dans plus d'un cas d'ascite, peut bien être dû, en partie, à la contraction qu'ils déterminent dans les fibres musculaires des intestins. Il est non moins certain ici que cette influence de la pesanteur des liquides péritonéaux sur le défaut de progression des matières et des gaz stercoraux, doit porter à

modifier souvent la position du corps des malades pour favoriser la sortie des fluides élastiques et des fécès.

2596. Les affections du péritoine agissent sur les parois abdominales et sur le diaphragme et mettent obstacle à leurs mouvemens, tout aussi bien qu'ils gênent les contractions intestinales. C'est ainsi que les muscles abdominaux, dans l'hyperpéritonite, se resserrent spasmodiquement pour prévenir les douleurs que produiraient soit les frottemens des feuillets séreux des uns sur les autres, soit le déplacement du péritoine sur les parties qu'il tapisse. C'est ainsi que les malades se livrent à une sorte d'effort continu, retiennent leur respiration pour éviter de souffrir; de là une cause de respiration courte, costale, gênée et une série de phénomènes des plus graves vers les poumons et le cœur qui se contracte souvent alors avec autant de rapidité que de faiblesse. Dans l'hydro-péritonie, portée un peu loin, ou compliquée d'aéro-entérectasie, de deux choses l'une : ou les parois abdominales sont minces et se laissent distendre, c'est le cas le plus heureux et la respiration est alors peu altérée; ou elles résistent, le diaphragme est refoulé par les viscères; il est en quelque sorte immobile, alors le danger est pressant et l'anhématosie imminente.

2597. Plus les accidens péritonéaux marchent vîte, et plus leur influence sur les mouvemens des muscles inspirateurs et expirateurs est grave et funeste. Quand la maladie se développe avec lenteur, l'organisme se modifie par une suite de son admirable disposition : alors, la respiration continue à s'opérer, bien que le volume du ventre devienne parfois énorme; mais si les symptômes se succè-

dent avec rapidité, la mort arrive avec une grande promptitude.

2598. Ces remarques générales, étant établies, nous permettent plus facilement d'arriver à concevoir les influences que les péritonipathies peuvent avoir sur les divers organes.

2599. Des vomissemens, des hoquets surviennent fréquemment dans la péritonite. Ils persistent souvent lorsqu'elle paraît dissipée. — C'est un mauvais signe quand il en arrive ainsi. — L'évacuation des gaz et des fécès est difficile et souvent impossible dans la péritonite, l'hydro-péritonie, etc. — C'est un bon signe dans ces affections que de voir les sèlles se rétablir et les gaz être évacués en abondance. — Des vomissemens sont souvent la conséquence d'une hydro-péritonie portée très loin. — Dans la péritonite et l'ascite, la respiration est le plus souvent très gênée et très courte, costale ; le pouls est fréquemment alors petit, faible, dépressible. — Très souvent surviennent, dans l'hydro-péritonie, des congestions cérébrales ou veineuses.

2600. Consécutivement à l'ascite, on voit encore se manifester des varices, l'œdème des extrémités inférieures, des hémo-phléborrhagies. Notez ici un signe important qui n'a pas échappé à la sagacité de M. Andral : c'est que dans les maladies du cœur l'œdème commence par les extrémités inférieures, et que dans celles du foie, l'hydro-péritonie apparaît la première. Ceci est le résultat de l'influence du foie sur le cours du sang dans la veine porte, et de celle du cœur sur la circulation générale. Plus tard, dans l'ascite, l'œdème se dessine aussi vers les pieds et les jambes, parce que le liquide épanché comprime, par son

poids, les veines du bas-ventre et du bassin, etc.

2601. Mais les affections du péritoine agissent encore sur l'organisme par les pertes de liquide qu'elles causent. Ces pertes de liquides ont lieu tantôt rapidement, d'autres fois lentement, et de là des phénomènes variés et des symptômes fort différens. Dans l'hyperpéritonite, vous verrez parfois se former brusquement des collections séro-purulentes très abondantes, et tout à coup le pouls sera alors extrêmement petit et misérable; les veines paraîtront vides et les poumons seront très sonores. Ce sera une anhémie rapide qui, trop fréquemment, aura pour suite une prompte mort. Dans d'autres cas, le liquide ne s'accumule que lentement, et les symptômes précédens sont moins marqués. Dans l'hydro-péritonie, survenue lentement, le malade répare chaque jour, par des boissons ou l'absorption pulmonaire, une partie de la sérosité épanchée, et alors le défaut de sang ne se manifeste pas d'une manière évidente. Cependant, il y a fréquemment alors plus de matière animale, plus d'albumine déposée dans l'abdomen qu'il ne s'en forme par l'alimentation journalière; de là cet état aqueux du sang, si fréquent sur les hydropiques, et qui n'est pas la conséquence des saignées qu'on a pu pratiquer, mais bien de la déperdition journalière, par le péritoine, des principes nutritifs du sang.

2602. A ces pertes de liquides, il faut rapporter le défaut de sécrétion urinaire qui ne manque pas d'avoir lieu dans l'hydropéritonie; cette urine, rouge, bourbeuse, qui est observée dans bien des cas; cette sécheresse de la peau, qui contraste si bien avec la bouffissure générale; de là encore, résulte cette soif si vive dont les malades sont tour-

mentés et qui est un des symptômes les plus pénibles de l'ascite. — Il est évident que les malades perdant à chaque instant la sérosité du sang, par suite du dépôt qui s'en fait dans le péritoine, il doit en résulter un vif besoin de boissons. C'est un bon signe, dans l'hydropéritonie, de voir la soif diminuer. — Rapportez encore aux pertes de liquides, l'exténuation prompte, la maigreur réelle, malgré la bouffissure apparente, la faiblesse marquée de ceux qui sont atteints d'hydropéritonie; rappelez-vous, enfin, qu'indépendamment des troubles circulatoires et respiratoires que peuvent causer mécaniquement les collections séreuses ou les affections douloureuses du péritoine. Il est inévitable que les pertes brusques de liquides qui se font dans la membrane séreuse abdominale, soient pour beaucoup dans la faiblesse rapide, dans la petitesse du pouls, etc., qui surviennent aux malades atteints d'hyperpéritonite.

2603. Les affections péritonéales chroniques, surtout lorsqu'elles sont accompagnées d'un dépôt considérable de liquides altérés dans la cavité séreuse, peuvent être suivies de la résorption de ceux-ci et de leur mélange avec le sang; de là une série de phénomènes généraux, une fièvre continue avec paroxismes le soir, et émaciation successive. (Voyez l'article pyohémie du *Traité de Médecine pratique*).

2604 Il faut encore admettre que les inflammations du péritoine peuvent agir sur les vaisseaux sanguins et sur la circulation, soit par suite de la propagation de la phlegmasie aux capillaires veineux et lymphatiques, soit par la présence dans ceux-ci des liquides résorbés. Aussi voit-on la phlébite, l'angio-lymphyte sur la femme, succé-

der ou coïncider fréquemment avec la péritonite. On ne peut pas non plus se refuser à croire que les vives souffrances de la péritonite puissent occasioner, dans le système nerveux, des symptômes plus ou moins graves.

2605. De ces influences nombreuses et complexes combinées entre elles, résultent un grand nombre de symptômes locaux ou généraux, observés dans les maladies du péritoine : le dépôt fréquent de liquide dans les bronches et la difficulté ou le défaut de leur expectoration ; l'anhématosie produite et par cette dernière cause et par le refoulement du diaphragme; la polyanhémie et l'altération du sang, etc. Aussi voit-on, dans l'hyper-péritonite, le faciès être profondément altéré, le délire survenir et la mort avoir lieu avec un ensemble des symptômes plus ou moins terribles. Nous verrons d'ailleurs, dans les tableaux suivans, l'ensemble des phénomènes fonctionnels propres aux diverses affections péritonéales.

2606. Remarquez que les affections du péritoine sont beaucoup plus souvent consécutives et symptomatiques que primitives ; que la péritonite puerpérale est certainement liée à un état spécial du sang et de l'utérus ; que beaucoup d'autres hyperpéritonites résultent de la perforation de quelques viscères ou de la présence de matières irritantes dans la cavité de la membrane séreuse; que la péritonipathie tuberculeuse est souvent en rapport avec une pneumostrumosie ; que l'ascite se déclare souvent comme symptôme dans les maladies du cœur, des gros vaisseaux, du foie, des reins, de la rate et des autres viscères abdominaux, etc. Toutes les fois donc qu'il s'agit d'une péritonipathie, il faut d'abord rechercher quelle a été la cause organique

de celle-ci et établir, non seulement le diagnostic de l'hydropéritonie, de la péritonite, etc., mais encore celui des lésions organiques dont elles sont le résultat. ( Voyez à ce sujet les paragraphes qui traitent des maladies des organes dont il vient d'être fait mention).

## DIAGNOSTIC

### SPÉCIAL ET COMPARATIF DES PRINCIPAUX ÉTATS ORGANO-PATHOLOGIQUES DU PÉRITOINE.

2607. *Péritonipathie* ( souffrance du péritoine, considérée en général ).

2608. *Péritonite* ( inflammation du péritoine ), circonstances commémoratives de quelque cause physique et mécanique, telles que plaies pénétrantes de l'abdomen, coups, chûtes, portés ou faites sur cette partie; tumeurs ou viscères creux ouverts dans la cavité du péritoine; existence préalable de l'entérite typhohémique ou d'un cancer de l'estomac, de l'utérus, suivis des signes de perforation, etc.; douleur très vive de l'abdomen, augmentant le plus souvent par la pression et la percussion; les points les plus douloureux correspondent en général aux parties les plus malades. C'est dans les flancs, l'hypogastre qu'elles sont souvent les plus intenses. Elles sont exaspérées au moindre mouvement et au plus léger effort. Dégagement considérable de gaz dans les intestins, d'où résulte une saillie remarquable du ven-

tre qui est tendu, ballonné; les muscles abdominaux sont le plus souvent contractés de telle sorte que le ventre paraît très dur alors qu'on veut le toucher. Dans certains cas, cette dureté des muscles est partielle et correspond aux points les plus malades. La percussion donne, dans les premiers temps, un son extrêmement clair et une élasticité marquée; plus tard, mais souvent très promptement, se forment des épanchemens séro-purulens. Alors, matité sur la partie à laquelle ils correspondent; défaut d'élasticité au doigt qui percute. Le déplacement du son mat par le changement de position, se fait lentement et souvent ne se fait pas; ce qui est le résultat des adhérences qui se sont établies et de la viscosité du liquide. Quelquefois, on circonscrit très bien avec le plessimètre les points où l'épanchement abdominal est limité. Quand la couche de liquide est mince, on entend souvent, par la percussion, le bruit humorique. Si l'épanchement devient très considérable, alors le déplacement, par suite du changement de position du malade, a lieu comme dans l'hydropéritonie. Alors aussi, la fluctuation se fait sentir. La mensuration démontre aussi une augmentation dans le volume du ventre. L'auscultation, dans les premiers temps, donne, dit-on, un bruit semblable à celui du parchemin que l'on agite, et qui serait dû aux frottemens des lames péritonéales desséchées et enflammées. A ces signes locaux, se joignent promptement des phénomènes généraux tels que : faiblesse, petitesse, accélération extrême, état vermiculaire du pouls en rapport avec le refoulement du cœur et des poumons, et avec la difficulté que le diaphragme éprouve à s'abaisser. Diminution de la

chaleur des extrémités, tandis que celle des tégumens abdominaux est plus développée qu'à l'ordinaire ; nausées, vomissemens, hoquet (surtout lorsque les intestins sont adhérens entre eux); suppression des selles et de l'expulsion des gaz; quelquefois, cependant, entérorrhée coïncidante; l'urine coule en petite quantité, est parfois presque supprimée et devient, le plus souvent, trouble, bourbeuse, épaisse ; quelquefois, sueurs froides et visqueuses; troubles dans l'action de tous les viscères voisins du péritoine, se déclarant à l'occasion des douleurs dont celui-ci est le siége et des collections séreuses qui y ont lieu. Faciès profondément altéré, essentiellement abdominal, tiré par en bas; tantôt pâle et d'autres fois violacé (la première de ces circonstances a lieu lorsque le malade a perdu beaucoup de liquides, et la seconde, alors que le sang, par suite du refoulement du diaphragme, est mal hématosé). La langue présente des colorations variées; lorsque la douleur abdominale est très vive, et que le malade est très faible, cet organe est tiré avec effort et paraît petit et rétracté. En général, la gêne de la respiration fait que la bouche est ouverte, et qu'en conséquence le passage de l'air dessèche la surface linguale. Enfin, il survient souvent des phénomènes cérébraux, un état de faiblesse intellectuelle et une prostration de l'action musculaire en rapport avec les symptômes fonctionnels précédens, et avec les douleurs éprouvées par les malades. La mort a lieu dans la péritonite, tantôt par anhématosie, suite du refoulement du diaphragme, de la présence de liquides dans les bronches et de leur défaut d'expectoration, tantôt par la déperdition prompte de fluides qu'entraîne la lésion péritonéale, etc.

2609. Du reste, la péritonite peut présenter des degrés divers. A son maximum d'intensité (*hyperpéritonite*), les douleurs sont excessives, et en général l'épanchement, alors presque purulent, se forme en des quantités généralement médiocres; car la mort arrive promptement. Les signes physiques propres à constater sa présence sont alors difficiles à employer, donnent des résultats incertains, et le déplacement des liquides dans le péritoine malade n'est pas sans danger. Les symptômes fonctionnels offrent, dans ce cas, un très haut degré d'intensité A un faible degré (*hypopéritonite*), ou dans la péritonite lente (*chronopéritonite*), les douleurs sont souvent peu marquées, les troubles fonctionnels moins prononcés, et les signes physiques des épanchemens sont très manifestes. Il arrive parfois que la péritonite est partielle : la limitation de la douleur à quelques points de l'abdomen; la circonscription sur ces points d'une matité en rapport avec cet épanchement; la résistance des muscles joints aux symptômes généraux, pourraient faire juger de l'existence de cette espèce de péritonipathie qui, suivant les parties qu'elle occuperait, pourrait mériter les noms d'épiploïque, mésentérique, entérique, métritique, ovarique, etc.

2610. *Péritonite, suite de perforation;* symptômes de péritonite se déclarant, le plus ordinairement, d'une manière très aiguë (hyperpéritonite), et succédant à des affections de l'estomac (1645 *bis*), de l'intestin (1764), du foie et de la vésicule biliaire, du rein, des urétères ou de la vessie (2165), de l'utérus ou des ovaires, etc. Les symptômes et les signes antérieurs des maladies des organes où la perforation se déclare, plus les

symptômes actuels d'une hyperpéritonite, sont ici les seuls moyens d'établir le diagnostic. Il faut se rappeler, à cette occasion, que c'est surtout à la suite de maladies de l'estomac où la diète a été excessive et prolongée, et d'affections carcinomateuses, ou encore ultérieurement à l'entérite typhohémique que l'on voit le plus souvent survenir les perforations.— Lors donc, que dans des cas semblables, une hyperpéritonite se déclare d'une manière très brusque, il faut craindre qu'une ouverture spontanée n'ait eu lieu, et qu'il n'y ait accumulation, dans la cavité du péritoine, des matières contenues dans l'intestin. Dans ces cas, survient souvent une véritable aéro-péritonectasie (distension du péritoine par des gaz); cet accident est le résultat du passage des fluides élastiques intestinaux ou gastriques dans l'abdomen. Alors la tuméfaction du ventre est subitement très considérable; le son produit par la percussion présente un caractère tympanique très prononcé, et à peu près égal sur tous les points de l'abdomen. Le plus souvent, dans les péritonites, il y a aussi une accumulation très prompte de liquides dans la cavité abdominale. Les perforations de la vessie, et surtout de la vésicule biliaire, sont souvent suivies d'une hyperpéritonite extrêmement aiguë, et très promptement mortelle. La circonstance commémorative d'une plaie abdominale, et l'invasion très brusque d'une hyperpéritonite peuvent faire croire que quelque viscère a été intéressé par l'instrument vulnérant. Certaines perforations intestinales marchent d'une manière plus chronique, et sont suivies d'une péritonite plus latente; tel est le cas qui a été précédemment cité (2569). L'issue de gaz stercoraux, de féces, de bile, d'urine par

la canule du troquart, et cela dans la paracentèse pratiquée pour un épanchement, suite d'une péritonite, devraient faire admettre qu'il y a eu perforation des organes qui, dans l'état normal, contiennent les matières qui viennent d'être énumérées.

2611. *Péritonite typhohémique.* C'est celle qui se développe sur certaines femmes soumises à l'action des causes putrides dans les jours qui suivent l'accouchement. Ses symptômes sont ceux de la typhohémie (864), réunis aux phénomènes de l'hyperpéritonite (2609). Presque toujours, elle est compliquée de phlébite ou d'angio-lymphite utérine (2441); et comme elle se développe le plus souvent à l'époque de la fièvre de lait, il est croyable que la présence des élémens de celui-ci dans le sang n'est pas étrangère à sa manifestation. L'analyse chimique n'a pas encore décidé complétement la question. Ce qu'il importe au praticien, comme diagnostic, c'est de se rappeler ceci : lorsque des femmes en couche ont habité un lieu encombré, mal aéré ; lorsque des caillots putrides ont séjourné dans l'utérus, etc., s'il survient de la douleur au bas-ventre ou dans les flancs, des frissons initiaux, du météorisme, une altération profonde des traits, il faut redouter l'invasion de la métrite typhohémique, et se conduire comme si elle existait. L'existence d'un épanchement constatée par la percussion, la palpation et la fluctuation, donnerait à ce diagnostic une très grande certitude.

2612. *Hydropéritonie* (ascite, hydropisie abdominale). Ses caractères se tirent principalement de la plessimétrie (2558 et suiv.), de la fluctuation (2546), de l'inspection (2536), et ils ont été assez exactement

exposés aux nos précédens pour qu'il soit nécessaire d'y revenir. Seulement, il faut remarquer que l'état œdémateux du tissu cellulaire sous-tégumentaire, l'aspect blême et infiltré des traits, l'enflure des extrémités inférieures et des lombes en sont des symptômes très fréquens; et qu'une soif vive, des urines rares et une peau sèche coïncident souvent avec l'hydropéritonie qui, dans peu des cas, est partielle. Voyez d'ailleurs pour ses symptômes fonctionnels les nos 2594 et suivans. Le diagnostic de l'hydropéritonie n'est complet et suffisant qu'autant qu'on a pu reconnaître la lésion organique qui a donné lieu à l'accumulation de liquides dans le péritoine (414, 423, 427, 1851, 2000, 2059, 2451, 2498, etc). Il ne faut pas oublier non plus que, dans des cas où l'ensemble des symptômes porterait à penser qu'il n'existe pas d'ascite, il arrive que des signes physiques, tels que les résultats de la percussion plessimétrique, démontrent qu'une certaine quantité de liquide est accumulée dans le péritoine. Il est donc utile d'explorer l'état de la membrane séreuse abdominale sur des malades, alors même que l'on n'aurait pas de motifs pour supposer le développement d'une hydropéritonie.

2613. *Hémopéritonirrhagie* (épanchement de sang dans le péritoine). Ses signes physiques sont les mêmes que ceux des autres épanchemens abdominaux (2612); seulement le liquide, en raison de sa viscosité et de sa disposition à se coaguler, ne gagne que lentement les parties déclives (2566). De là vient que l'existence de collections sanguines dans le péritoine est souvent difficile à constater, même par la plessimétrie. Les circonstances commémoratives d'une blessure qui aurait pu in-

téresser un vaisseau; l'écoulement abondant de sang par une plaie éloignée des grosses artères pariétales; l'existence préalablement reconnue de quelque tumeur anévrysmale dans l'abdomen; l'invasion brusque des phénoménes de la polyanhémie (846) portés très loin; les troubles extrêmes, et la faiblesse dans l'action du cœur et dans les battemens des artères, joints à des accidens d'encéphalohémie (syncope), etc., pourraient faire reconnaître l'hémorrhagie dont le siége dans le péritoine serait mieux constaté, si la matité plessimétrique se déplaçant par le changement de position du sujet, venait à se manifester dans la cavité abdominale. Quant à la péritonite hémorrhagique, on ne peut guère la reconnaître avant la nécroscopie, que par le liquide sanglant qui s'échappe lorsqu'on pratique la paracentèse.

2614. L'*aéro-péritonie* (dégagement ou accumulation de gaz dans le péritoine). Cet état organo-pathologique ne paraît jamais être primitif; il est la conséquence fréquente de perforations du tube digestif, et peut-être du dégagement de gaz auquel donnerait lieu le pus accumulé à la suite d'une péritonite. Cela pourrait surtout avoir lieu lorsqu'une certaine quantité d'air, ayant pénétré dans la cavité péritonéale, par une ouverture des parois, aurait altéré le liquide épanché. Une résonnance tympanique très prononcée, et partout égale, reconnue par la percussion, jointe à la distension considérable du ventre et aux circonstances commémoratives des affections dont l'aéro-péritonie serait le symptôme, pourraient, dans certains cas, éclairer le diagnostic. La sortie du gaz par la canule du troquart laisserait encore des doutes sur la question de savoir si ces fluides élastiques pro

viendraient du tube digestif, ou de la cavité du péritoine. Une incision, couche par couche, fournirait bien la preuve que les gaz qui s'échapperaient sortiraient de la cavité même du péritoine; mais cette opération n'est guère proposable qu'à la nécroscopie.

2615. L'épanchement de gaz dans le péritoine, surtout de ceux qui proviennent de l'intestin (car des expériences nombreuses prouvent que le contact de l'air n'est pas dangereux pour les membranes séreuses non remplies de liquides) (1); est promptement suivi de la formation et de l'accumulation d'un liquide; de là, une hydro-aéro-péritonie, ou plutôt une pyo-aéro-péritonite, dont les signes physiques se composent, soit de ceux de l'ascite, et de la péritonite, soit des caractères de l'aéro-péritonie.

2615. *Péritoni-sarcomie* (cancer du péritoine). Les diverses parties du tissu cellulaire sous-jacent au péritoine, peuvent devenir le siége de tumeurs cancéreuses, et l'épiploon surtout est, en quelque sorte, parfois transformé en une masse composée de tissus squirreux et encéphaloïde, qui recouvre les viscères en formant une sorte de tablier. La même altération de texture a quelquefois lieu dans les parois et dans le mésentère. Les signes de ces tumeurs se déduisent : 1° des circonstances commémoratives, d'autres cancers (tels que ceux du testicule, de l'utérus, etc.), auxquels aurait suc-

---

(1) Voyez l'article air de M. Ollivier dAngers, sur ce sujet, dans le Dictionnaire de médecine. Ce remarquable mémoire tend à prouver que le fluide atmosphérique n'agit sur le tissu cellulaire et les membranes séreuses, que par la température, ainsi que l'admet M. le docteur Guyot.

cédé la maladie de l'intestin; 2° des douleurs coïncidantes, et consistant dans des brûlemens, des élancemens (il faut avouer que ces douleurs sont parfois presque nulles); dans la présence de tumeurs bosselées et inégales, constatées par la palpation et par des degrés variés de matité et de résistance au doigt qui percute; 4° par des troubles fonctionnels en rapport avec la gêne que les organes voisins éprouvent, consécutivement au développement des tumeurs sarcomateuses. C'est ainsi que, dans les cancers de l'épiploon, la distension de l'estomac est très difficile, que le malade peut à peine manger de faibles quantités d'alimens à la fois, et que les vomissemens sont fréquens, etc. Il faut avouer, du reste, que le diagnostic de ces tumeurs cancéreuses des replis péritonéaux est souvent fort obscur, et que ce n'est souvent qu'à la nécroscopie qu'on les constate. Le plus ordinairement, on les prend pour des tumeurs des organes qui avoisinent les parties affectées. La percussion, dans les cas où l'épiploon est sarcomateux et très épais, fait trouver, il est vrai, moins de son qu'à l'ordinaire; mais il serait souvent difficile, sinon impossible, de dire si cette matité dépendrait de parois épaissies, ou de graisse accumulée dans le tube digestif. J'ai vu plusieurs cancers épiploïques dans lesquels l'épaisseur de l'omentum était de quelques lignes, et cependant l'on n'avait pu reconnaitre, pendant la vie, cet état organo-pathologique. Lorsque les tumeurs abdominales sont très épaisses, elles ont souvent des signes physiques presque semblables à ceux que donnent les ovaires, l'utérus, les reins, le foie hypertrophiés et affectés de carcinôme (n[os] 2498, 2451, 2157, 1878, etc.)

3616. *Péritoni-strumosie* (maladie tuberculeuse du péritoine). Cet état organo-pathologique se présente sous deux formes principales : 1° des granulations miliaires tuberculeuses, développées à la surface interne du péritoine; 2° des tubercules abcédés au-dessous de la membrane séreuse. Elle se reconnaît quelquefois, dans le premier cas, à l'existence antécédente ou actuelle de tubercules dans les poumons; aux symptômes de la chrono-péritonite (2609), et de l'hydropéritonie (2612), aux accès fébriles qui suivent la pyohémie (855), etc.—On la soupçonne dans la seconde circonstance, par les signes physiques des abcès développés profondément ou superficiellement dans l'abdomen, et conexistant aussi avec d'autres affections tuberculeuses.

FIN DU SECOND VOLUME.

# TABLE

## DES MATIÈRES.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU SECOND VOLUME.

